DE LA PÉRINÉOTOMIE

GAND, IMPR. MICHIELS, EM. ADRIAENSENS, SUC^r, MARCHÉ AUX LÉGUMES, 17

DE LA

PÉRINÉOTOMIE

ET DE

SES APPLICATIONS

PAR LE

Dr CH. WILLEMS

Assistant à l'Université de Gand

AVEC 4 PLANCHES EN PHOTOTYPIE

GAND
H. ENGELCKE
5, rue de la Calandre

PARIS
OCTAVE DOIN
8, Place de l'Odéon

1893

AVANT-PROPOS

Les opérations qu'on trouvera décrites dans ce travail n'ont pas reçu, pour la plupart, la consécration de la clinique. Ce ne sont pourtant pas des conceptions purement théoriques : elles sont le fruit de recherches poursuivies à l'amphithéâtre pendant deux années. J'ai exécuté toutes ces opérations un grand nombre de fois sur le cadavre ; je les ai comparées aux opérations aujourd'hui classiques, et c'est de cette comparaison rigoureuse, sur pièces, que j'ai déduit les avantages des procédés que je fais connaître.

Ce travail est donc avant tout une étude de la technique opératoire. Il ne renferme ni observations, ni statistiques, et les indications relatives au traitement consécutif y sont réduites à leur minimum. Au surplus, au moment actuel, le côté clinique de la question est à peine ébauché et les matériaux d'étude sont encore extrêmement rares.

Je n'ai pas besoin de dire que l'idée première de la périnéotomie ne m'appartient pas : nous verrons qu'on la retrouve en germe dans quelques opérations connues. Bien plus, le procédé d'incision auquel je me suis arrêté et que je recommande dans la plupart des cas, a été décrit, dans ses grandes lignes, en 1889. Mais, des nombreuses applications dont il est susceptible, plusieurs ont été passées sous silence, d'autres ont été à peine indiquées, quelques-unes seulement

ont été décrites, sommairement d'ailleurs. D'autre part, le travail auquel je fais allusion n'a pas éveillé l'attention autant qu'il le mérite à mon sens, et la méthode nouvelle est restée lettre morte pour beaucoup de chirurgiens. En général, ceux qui s'en sont occupés ne l'ont fait que pour la condamner, sans avoir instruit le procès, sans avoir fait l'opération et sans l'avoir vu faire. J'ai été étonné de constater combien elle avait été mal comprise et combien sont peu réfléchis les jugements portés sur elle.

Persuadé que la périnéotomie est une excellente opération préliminaire dont il est souvent possible de tirer le meilleur parti, j'ai voulu la faire mieux connaître. J'en ai fixé le manuel opératoire avec plus de détails qu'on ne l'avait fait. J'ai ensuite passé en revue les différentes opérations intrapelviennes auxquelles elle est applicable, en précisant leur technique, et j'ai trouvé ainsi l'occasion de décrire quelques procédés personnels.

A notre époque où le succès d'une opération dépend en général plus du degré de perfection de l'asepsie que de l'habileté de l'opérateur, la médecine opératoire tend à être reléguée à l'arrière-plan. Le chirurgien, confiant dans la toute-puissance de la méthode antiseptique, juge inutile le stage à l'amphithéâtre, sans lequel autrefois on n'abordait pas la pratique. Il résulte de là que les opérations typiques sont de moins en moins pratiquées ; et cependant, il en est qui doivent être toujours faites typiquement, conformément à toutes les règles, sous peine d'échouer : je citerai les tailles. Il en est d'autres dont on ne peut pas se faire une idée exacte sans les avoir exécutées au moins sur le cadavre : telle l'opération de Kraske. La justification de ce travail, c'est que la périnéotomie rentre à la fois dans ces deux catégories, ainsi que j'espère le démontrer.

CHAPITRE I.

Définition. — Aperçu historique. — Division.

Périnéotomie signifie incision du périnée et peut à la rigueur se dire de toute solution de continuité pratiquée dans le plancher pelvien. Mais ce terme, créé par Max Sänger de Leipzig, et que j'adopte, ne doit pas être entendu dans ce sens général. Lorsque la plaie produite par l'opération ne dépasse pas les téguments, elle ne mérite pas le nom de périnéotomie : ainsi de l'ouverture d'un abcès superficiel, de l'extirpation d'une tumeur saillante sous la peau. Dans ces cas, le lieu de l'incision est indiqué d'avance et l'opération n'emprunte aucun caractère spécial aux rapports de la région où elle se passe. Il en serait ainsi, même si la tumeur avait pris naissance dans les couches profondes de la région, et n'était apparue à l'extérieur qu'après avoir écarté, à mesure de son développement, les organes compris dans l'épaisseur du périnée. Pour les cas de cette catégorie, la voie à suivre ne saurait prêter à discussion, et le manuel opératoire ne mérite pas qu'on s'y arrête.

Toute autre est la périnéotomie, telle que je l'entends. Je réserve ce nom aux incisions qui entament le plan musculaire et atteignent l'endroit malade en passant entre les organes essentiels de la région, sans les intéresser et en se bornant à les écarter les uns des autres. C'est dire que le terme de périnéotomie suppose que la lésion se trouve à une certaine profondeur dans le plancher périnéal, ou même dans la cavité pelvienne, et que le périnée, examiné de l'extérieur et dans ses plans superficiels, ne laisse découvrir aucune altération.

Il résulte de cette définition que la rectotomie postérieure de Verneuil, que les incisions raphéales qui précèdent, dans certains procédés, l'extirpation du rectum, que les débridements qu'on

pratique quelquefois sur l'orifice vulvo-vaginal pendant l'accouchement, ne sont pas des périnéotomies, au sens que j'attache à ce mot, puisque le rectum ou le vagin, au lieu d'être séparés par dissection, sont simplement incisés. Les tailles périnéales médiane et latérale elles-mêmes, ne rentrent pas entièrement dans les termes de la définition, car si elles doivent éviter le rectum et le bulbe de l'urèthre, elles ne comportent aucune dissection, aucune séparation de ces organes.

Entendue comme je l'indique, la périnéotomie est une opération préliminaire : elle crée une voie par laquelle passeront les instruments pour faire l'opération proprement dite. Sous ce rapport, elle est comparable à la laparotomie avec laquelle j'aurai plus d'une fois l'occasion de la mettre en parallèle.

On comprend que la périnéotomie sera complète ou incomplète, intra ou extrapéritonéale, d'après que l'organe à atteindre est situé dans la cavité du petit bassin ou compris dans l'épaisseur de la cloison périnéale, d'après que, pour y arriver, il faut ou non, ouvrir le péritoine. Ainsi, s'il s'agit de pratiquer une opération sur la prostate, il suffira d'une périnéotomie incomplète, partielle ou extrapéritonéale, mais quand c'est l'utérus qu'il faut atteindre, le périnée devra être incisé dans toute sa hauteur : cette fois, la périnéotomie sera complète, totale ou intrapéritonéale.

La périnéotomie est une opération moderne. Cela est vrai, non seulement pour la périnéotomie complète qui est d'introduction toute récente, mais même pour la périnéotomie partielle dont la première ébauche apparait vers le milieu de ce siècle. C'est en effet la taille prérectale, imaginée par Nélaton, qu'on doit considérer comme le premier exemple de périnéotomie : il y a là tous les caractères de l'opération telle que je l'ai définie. Puis il faut citer le procédé décrit plus tard par C. Hueter pour la résection du rectum 1). Une incision en fer à cheval circonscrit la moitié antérieure de l'ouverture anale en se tenant au bord externe du sphincter ; on sépare ensuite à petits coups le sphincter du bulbo-caverneux ou du constricteur du vagin et en pénétrant profondément de tous côtés, on obtient un lambeau taillé aux dépens du périnée et comprenant le segment inférieur du rectum avec l'appareil sphinctérien. Ce lambeau est déjeté en arrière et, dans la large plaie obtenue, on décolle circulairement le segment malade et on le résèque.

---

1) C. Hueter. Exstirpation des Mastdarmes mit Bildung eines muskulo kutanen Perinealلappens. Deutsche Zeitschr. f Chir. Bd. I. s. 485, 1872.

L'opération de Hueter constitue une périnéotomie partielle typique. Nous verrons plus loin que le procédé auquel je donne la préférence pour la résection du rectum est basé sur le même principe et n'en diffère en somme que par l'étendue et la profondeur de la plaie.

Dans un autre ordre d'idées, il convient de signaler, dans l'histoire de la périnéotomie, les travaux du prof. Dittel, de Vienne, sur le traitement des suppurations d'origine prostatique. Dans un travail publié en 1874 1), il appelle l'attention sur le parti que l'on peut tirer de la dissection de la face antérieure du rectum pour atteindre la région profonde de l'urèthre et la prostate. Il se sert d'une incision courbe placée devant l'anus. A l'époque de la publication de son premier travail (1874), il avait déjà eu recours à ce procédé dans un grand nombre de cas et en avait obtenu d'excellents résultats. Il s'en était servi notamment et le recommandait pour les fistules uréthrales simples de la région membraneuse, lorsqu'elles avaient résisté aux autres traitements, pour les fistules simples de la prostate, pour l'exécution de l'uréthrotomie externe, lorsque le rétrécissement était situé profondément en arrière dans l'urèthre membraneux; enfin, pour les abcès de la prostate, lorsqu'ils étaient ouverts dans l'urèthre, mais que la suppuration ne tarissait pas. Les avantages principaux que Dittel attribuait à son procédé étaient de mettre à découvert l'ouverture uréthrale de la fistule ou le rétrécissement, de donner une large plaie, facile pour les recherches, bien disposée pour l'écoulement du pus et de l'urine.

La tentative si intéressante de Dittel n'attira pas l'attention des chirurgiens. Son travail passa presqu'inaperçu et ce ne fut que neuf ans plus tard, après la communication de Paul Segond à la Société de Chirurgie 2), que l'on commença à s'occuper de cette question. Dittel n'avait préconisé l'incision périnéale que pour les abcès prostatiques déjà ouverts et rebelles à la guérison. Segond proposa d'aller résolument à la recherche des abcès aigüs de la prostate, avant qu'ils soient ouverts spontanément et de les inciser par le périnée : il voulait substituer dans tous les cas la périnéotomie à l'ouverture par le rectum, à laquelle on avait généralement recours. J'aurai à revenir, dans le cours de ce travail, sur les applications de la périnéotomie aux suppurations prostati-

1) Dittel. Die Ablösung der vorderen Mastdarmwand. Wiener med. Wochenschr. 1874, n° 16, s. 305.

2) Paul Segond. Des avantages de l'incision périnéale dans le traitement des suppurations prostatiques et périprostatiques. Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris. 1885, p 531.

ques. Il me suffira de dire ici que l'opération de Segond a été pratiquée dans ces dernières années par quelques autres chirurgiens et qu'en 1889, Dittel fit paraître un long travail [1]) dans lequel il étend les indications de sa méthode et l'adopte à son tour pour le débridement des abcès aigüs de la prostate.

En 1881, une incision périnéale a été proposée par Hegar pour l'ouverture des abcès paramétritiques [2]). Mais son opération ne rentre qu'en partie dans les termes de la définition que j'ai donnée de la périnéotomie. J'aurai d'ailleurs à y revenir.

Mais il est une opération dont il a été beaucoup question dans ces derniers temps, et qu'il faut ranger dans le groupe des périnéotomies incomplètes : c'est le procédé de périnéorrhaphie de Lawson Tait. L'origine de ce procédé de restauration du périnée, actuellement fort en honneur auprès des gynécologistes, est encore assez obscure. Il est certain que Lawson Tait lui-même ne l'a jamais publié ; il a bien fait connaître en 1879 [3]) un procédé de périnéorrhaphie applicable aux déchirures totales, mais ce procédé est essentiellement différent de celui auquel on attache actuellement son nom et il est entièrement abandonné par son auteur. Le procédé actuel parait avoir été décrit pour la première fois par Heiberg [4]), de Copenhague, en 1887, mais il est surtout connu en Allemagne et chez nous, depuis le travail remarquable que Sänger [5]) lui a consacré. Heiberg en attribuait la paternité à Lawson Tait ; mais il est acquis aujourd'hui que l'illustre chirurgien de Birmingham n'en est pas l'inventeur et qu'il n'a fait que perfectionner une opération dont le principe était appliqué depuis longtemps. C'est A. R. Simpson, d'Edimbourg, qui parait avoir utilisé le premier le dédoublement de la cloison recto-vaginale, pour la réfection du plancher périnéal. En effet, ses élèves, Berry Hart et Barbour décrivent déjà dans la première édition de leur traité parue en 1882 [6]), un procédé presque identique à celui de Tait pour les incisions et

---

1) Dittel. Ueber Prostataabscesse. Wiener klin. Wochenschrift 1889, n° 21, s. 413, n° 22, s. 438, n° 23, s. 458.

2) Vortrag auf dem oberrheinischen Aerztetag in Freiburg 1881. Hegar u. Kaltenbach. Operative Gynaek. III Aufl. s. 616.

3) Trans. of the obstetr. Society of London. 1879, p. 292. Voir aussi : Zweifel. Die Krankh. der äusseren weibl. Genitalien. Deutsche Chir. 61, s. 127.

4) W. Heiberg. Om Perinäoraphi saerligt med. Hensyn til Lawson Tait's methode. Gynäk. og obstetr. meddel. Vol. VI, n° 3, 1887.

5) Max Sänger. Ueber Perineorrhaphie durch Spaltung des Septum recto-vaginale und Lappenbildung. Volkmann's Sammlung klin. Vortr. n° 301, 1887

6) Berry Hart and Barbour. Manual of Gynaec. Edinburgh, 1882, pp. 517, and 528.

la formation des lambeaux, mais qui en diffère parcequ'il suture à part le rectum et le vagin. D'après ces derniers auteurs, l'idée première d'appliquer le dédoublement de la cloison recto-vaginale à la périneorrhaphie, appartiendrait au Dr John Duncan, d'Edimbourg.

Mais ce ne sont pas là les seuls précurseurs de Lawson Tait. D'après Heiberg, un médecin Danois, le prof. Stein, aurait proposé une opération analogue en 1862 (dans « Hospitals Tidende ») et Sänger, dans sa monographie [1]), attribue une part dans la priorité au prof. Voss senior, de Christiania.

Enfin, je signalerai le procédé que Fritsch [2]) a décrit en 1887 pour la cure des déchirures complètes du périnée et qui repose, comme les précédents, sur le principe du dédoublement du septum.

Dans toutes les opérations que je viens d'indiquer, la cloison recto-vaginale n'est séparée en deux lames que dans sa partie toute inférieure. Il s'agit là d'une périnéotomie très incomplète. Cette séparation est cependant poussée un peu plus loin dans le procédé recommandé par Walzberg [3]) pour les déchirures qui remontent à une grande hauteur dans la cloison. Mais c'est Frank, de Cologne, qui a le premier, séparé le rectum du vagin jusqu'au cul-de sac de Douglas. Voici, en résumé, comment Firnig a décrit ce procédé à la réunion des naturalistes allemands à Cologne, en 1888 [4]). On se propose, en cas de prolapsus de la paroi vaginale postérieure, de produire des adhérences solides entre cette paroi et les tissus sous-jacents : on isole le vagin dans sa demi-circonférence postérieure, de manière que le rectum est isolé dans la plaie ; cette dissection est faite jusqu'au cul-de-sac de Douglas. On place alors des sutures de catgut en étages sur la face extérieure du vagin, dans toute sa hauteur, de manière à raccourcir sa paroi postérieure et à former un bourrelet saillant dans sa cavité : on obtient ainsi un tampon vivant.

Enfin, pour compléter cette revue des opérations qui reposent sur le principe du dédoublement du septum, je dirai que certains

---

1) Sänger, op. cit. p. 3.

2) Fritsch. Ueber Perineoplastik. Cbl. f. Gyn. 1887, n° 30.

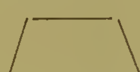
3) Walzberg. Ueber Dammbildung vermittelst Spaltung des Septum bei durchgehender Zerreissung des Dammes. Langenbeck's Archiv, Bd. XXXVII, Hft. 4, 1888.

4) Firnig (Cöln). Ueber eine neuere Prolapsoperation. Verhandl. d. Gynäk. Section der 61 Versammlung deutscher Naturforscher u. Aerzte. in Cöln. Sept. 1888. — Arch. f. Gyn. XXXIII, s. 324.

chirurgiens se sont inspirés de cette méthode pour le traitement opératoire des fistules recto-vaginales. Nous aurons à y revenir [1]).

A ces quelques faits se bornaient, jusqu'il y a deux ans, les interventions dans lesquelles la voie périnéale avait été utilisée. On voit qu'elles constituent toutes des périnéotomies incomplètes et que leur nombre est peu considérable. A la rigueur, il ne faudrait même pas comprendre la périnéoplastie dans ce nombre, et j'aurais pu en faire abstraction, pour me tenir aux termes de ma définition, puisque la périnéoplastie se pratique sur un périnée malade. Si j'en ai parlé, c'est que le dédoublement de la cloison qui lui donne son caractère propre, constitue aussi la base des meilleurs procédés de périnéotomie totale.

Au commencement de l'année 1889, le Dr Otto Zuckerkandl, opérateur à la clinique du prof. Albert, à Vienne, faisait connaître un procédé qui d'après lui, permet de découvrir avec une étonnante facilité, « in bequemer, ja überraschender Weise » tous les organes pelviens : rectum et S iliaque, utérus et ses annexes, prostate, vésicules séminales et face postérieure de la vessie [2]), Ce procédé consiste à traverser simplement les parties molles du périnée. Voici en quelques mots comment il procède :



Il fait dans le périnée une incision en forme de trapèze à base tournée vers le sacrum, et dont la branche tranversale, longue de 7 centimètres, se trouve à 3 centimètres devant l'anus, les branches obliques, dirigées en arrière, aboutissant aux tubérosités ischiatiques. Chez l'homme, en approfondissant l'incision, on passe entre le sphincter anal et le bulbo-caverneux, puis entre le rectum et le bulbe, la région membraneuse et la prostate. Pendant cette dissection il faut inciser les bords inférieurs des releveurs contre le rectum, afin de pouvoir retirer celui-ci en arrière et rendre la plaie béante. On arrive enfin au cul-de-sac péritonéal recto-vésical qu'on ouvre largement.

Chez la femme, la même incision conduit entre le rectum et le vagin, qu'elle sépare l'un de l'autre jusqu'au repli péritonéal recto-vaginal. Celui-ci est ouvert comme chez l'homme.

Dans la large brèche ainsi obtenue, tous les organes pelviens sont à découvert. Zuckerkandl décrit avec plus de détails

---

1) La périnéotomie a été utilisée par quelques physiologistes. Eckhardt qui a trouvé les nerfs érecteurs, donne 2 méthodes pour les chercher : la laparotomie et l'incision périnéale. (Prof. Basch : k. k. Ges. d. Aerzte in Wien. 22 febr. 1889, Wiener kl. W. 1889, s. 186.

2) O. Zuckerkandl. Ein neues Verfahren die Beckenorgane vom Mittelfleische aus operativ blosszulegen. Wiener medizinische Presse, 1889, n° 7.

dans d'autres communications [1]) la manière dont on peut, au moyen de cette incision, extirper le rectum, pratiquer l'hystérectomie, exécuter des opérations sur la prostate, extraire des tumeurs de la vessie. J'aurai l'occasion de revenir plus loin sur toutes ces applications. Je veux seulement montrer maintenant que le procédé de Zuckerkandl constitue le premier exemple de périnéotomie totale : le périnée est traversé dans toute sa hauteur, y compris le péritoine et la cavité pelvienne est par conséquent ouverte. Jamais avant Zuckerkandl, on n'avait, de propos délibéré, pénétré dans le bassin par cette voie.

Mais l'opération de Zuckerkandl présente encore ceci de particulier qu'elle est considérée par son auteur comme une méthode générale, destinée à donner accès à tous les organes pelviens, contrairement aux périnéotomies partielles dont il a été question plus haut et qui, toutes, ne s'appliquent qu'à des cas particuliers.

La méthode de Zuckerkandl, comme beaucoup d'innovations, a été assez défavorablement accueillie. On s'en est d'ailleurs assez peu occupé et je ne pense pas qu'à l'heure actuelle, elle ait été appliquée sur le vivant plus de cinq fois. J'ai trouvé trois cas d'hystérectomie (Frommel, Rosthorn, Börner), un cas d'ouverture de la vessie (Israel), et un cas d'extirpation des vésicules séminales (Ullmann), pratiquées par la voie périnéale.

Mais si la méthode à été rarement utilisée sur le vivant, elle a été étudiée sur le cadavre par Sänger [2]). Cet auteur estime que la périnéotomie de Zuckerkandl ne devra être employée que dans la minorité des cas et il propose de la remplacer par une incision droite unilatérale, commençant au tiers postérieur de la grande lèvre pour aboutir à 2 centimètres derrière l'anus, en se tenant au milieu de la distance entre cette ouverture et la tubérosité ischiatique. Pour Sänger, cette incision qui mène également jusque dans la cavité pelvienne, serait plus recommandable que le procédé de Zuckerkandl. Nous verrons que cette appréciation repose sur une erreur commise dans la technique et que si les deux procédés

1) O. Zuckerkandl. Ueber die Blosslegung des Uterus mittelst Spaltung des Septum recto-vaginale auf dem Wege eines perinealen Lappenschnittes. Wiener med. Presse, 1889, 12.

O. Zuckerkandl. Ueber die perineale Blosslegung der Prostata und der hinteren Blasenwand. Wiener med. Presse, 1889, 21, 22.

2) Max Sänger. Ueber Dermoidcysten des Beckenbindegewebes und Operation von Beckengeschwülsten durch Perineotomie. Arch. f. Gynäk. Bd. XXXVII, Hft. I, 1890. Voir aussi : Verhandl. d. deutschen Ges. f. Gyn. 3 Kongress, Freiburg i/B. 1890, s. 287.

permettent d'atteindre les organes pelviens, celui de Zuckerkandl l'emporte de beaucoup sur l'autre, en raison du déplacement qu'il fait subir au rectum et de l'élargissement du champ opératoire qui en résulte.

L'incision antéro-postérieure de Sänger, qui constitue le second procédé de périnéotomie complète, a été appliquée par son auteur à l'extirpation d'un kyste dermoïde développé dans le tissu cellulaire de l'espace pelvi-rectal supérieur d'un côté. A cette occasion, Sänger cite les différentes affections gynécologiques auxquelles la périnéotomie lui paraît applicable, mais sans entrer dans aucun détail d'exécution.

Enfin une incision périnéale latérale a été aussi recommandée récemment par Dittel pour l'extirpation partielle de la prostate [1]).

Tels sont les exemples de périnéotomie, tant partielle que totale, que j'ai pu recueillir. On conçoit qu'une fois le principe admis, la direction et le tracé des incisions peuvent être variés en quelque sorte à l'infini; mais toutes ces incisions doivent être distinguées en deux classes, d'après qu'elles se contentent de traverser le plancher pelvien comme de simples boutonnières plus ou moins longues, (procédés de Hegar, de Sänger, latéral de Dittel,) ou qu'elles forment de véritables lambeaux comprenant le rectum, qui se trouve déplacé avec eux, (procédés de Zuckerkandl, prérectal de Nélaton, Hueter, Dittel, Segond). Les opérations du second groupe donnent, on le conçoit, beaucoup plus de jour que celles de la première catégorie. Il est vrai qu'elles créent aussi une plaie beaucoup plus considérable; mais nous verrons que cet inconvénient n'est pas assez grave pour les faire rejeter, et se trouve être compensé par les avantages que donne l'étendue du champ opératoire.

En général, je donne donc la préférence à la périnéotomie à lambeau, et comme le manuel opératoire des périnéotomies partielles se comprend facilement une fois que la technique de la périnéotomie totale à lambeau est connue, c'est à cette dernière que je consacrerai une description détaillée. Pour éviter des redites, je trouve avantage à faire cette description dans un chapître spécial, où je n'envisagerai donc que l'opération préliminaire, c'est-à-dire, l'incision des parties molles du périnée et l'ouverture du cul-de-sac péritonéal. La description sera suivie d'une appréciation des dangers et des avantages généraux du procédé. Dans une série d'autres

---

1) Prof. von Dittel. Prostatectomia lateralis. Wiener klin. Woch. 1890 nr 18 u 19.

chapitres, j'étudierai ensuite les applications qu'on peut faire de la périnéotomie au traitement des maladies des organes génito-urinaires, à l'extirpation du rectum, etc. Il me sera facile, à propos de chacune de ces opérations, et après avoir décrit leur technique dans la plaie de la périnéotomie à lambeau, d'apprécier la valeur relative des autres incisions périnéales.

CHAPITRE II.

Manuel Opératoire.

§ 1. Périnéotomie à lambeau chez l'homme.

La périnéotomie à lambeau, telle que je propose de l'exécuter, est identique, dans ses grandes lignes, au procédé de O. Zuckerkandl; mais les recherches que j'ai faites sur le cadavre m'ont permis de préciser davantage le manuel opératoire et d'y apporter plusieurs modifications de détail qui ont leur importance. C'est en effet une opération qui paraît délicate au premier abord et qui demande un peu d'exercice pour être bien pratiquée : c'est pourquoi je la décrirai assez longuement et en insistant sur les divers temps de l'intervention.

Le sujet est placé dans le décubitus dorsal, les cuisses écartées et fortement fléchies sur le ventre, les jambes fléchies sur les cuisses, le périnée faisant face à une fenêtre bien éclairée. Un coussin assez élevé est placé sous le sacrum et le siège déborde la table. Cette position élevée du bassin est nécessaire pour permettre à la lumière, tombant sur la région en incidence oblique, d'arriver au fond de la plaie.

J'attache une grande importance à ce que la flexion des cuisses sur le bassin soit exagérée. Il faut que la cuisse touche le ventre, parce que dans cette position le périnée est étalé, les téguments sont tendus, les plis de l'anus tendent à s'effacer, conditions favorables pour l'incision. Si l'on négligeait cette précaution et si l'on se contentait, comme on le fait dans la position de la

taille, de placer la cuisse verticalement sur le plan de la table, les fesses seraient encore en partie rapprochées, l'anus enfoncé, le périnée plus étroit et creusé en gouttière, enfin la peau beaucoup plus mobile sur les parties sous-jacentes. Mais on doit remarquer que l'hyperflexion des cuisses modifie les rapports de l'anus avec les tubérosités ischiatiques. Dans la position ordinaire de la taille, la ligne bi-ischiatique, c'est à dire celle qui rejoint les parties les plus saillantes en dedans des tubérosités des ischions, passe au bord antérieur de l'anus. Dans la position que je recommande pour la périnéotomie, ces tubérosités se déplacent en avant par rapport à l'ouverture anale et la ligne qui les réunit tombe à une certaine distance au-devant de cette ouverture ; cette distance, plus prononcée chez la femme que chez l'homme, va souvent chez elle jusqu'à 2 centimètres. On doit tenir compte de ce détail, parce que, dans l'incision de la périnéotomie, on prend les tubérosités ischiatiques pour l'un des points de repère.

Cette incision se compose d'une première ligne transversale, longue d'environ 6 centimètres et dont le milieu correspond à la ligne médiane. Si le panicule adipeux n'est pas trop épais et si les muscles du périnée sont bien développés, on peut sentir à travers la peau le sphincter anal et reconnaître son bord antérieur : c'est alors au niveau de ce bord qu'on place l'incision transversale. Si l'on ne parvient pas à le déterminer, l'incision est faite à 2 ou 3 centimètres au-devant de l'anus. De chacune de ses extrémités part une incision dirigée obliquement en dehors et en arrière, le long des tubérosités ischiatiques (bord interne) et dépassant notablement celles-ci. La longueur des branches obliques sera en moyenne de 3 à 4 centimètres et en raison directe de l'épaisseur du périnée et de la profondeur à atteindre : ainsi, comme nous le verrons plus loin, l'incision des périnéotomies partielles peut généralement n'avoir que des branches latérales courtes, tandis que la périnéotomie totale comporte des incisions latérales longues.

L'incision, dans son ensemble, a donc une forme de trapèze dont la base ferait défaut, et limite un lambeau adhérent en arrière. On peut arrondir les angles de cette incision et obtenir ainsi une ligne demi-circulaire circonscrivant l'anus ; je préfère cependant l'incision trapézienne qui a l'avantage de découvrir mieux les parties latérales de la plaie et de rendre ainsi plus facile la dissection du rectum, de mettre mieux à nu les organes correspondant à la lèvre antérieure de la plaie (prostate, vessie), enfin de se prêter à une suture plus régulière. En tout cas, la

partie transversale de l'incision ne doit comprendre d'abord que la peau; mais les branches obliques peuvent être incisées d'emblée plus profondément, si l'on a soin de tourner le tranchant légèrement vers la ligne médiane, pour éviter de piquer les muscles obturateurs internes. On est là, en effet, dans la graisse du sinus ischio-rectal, où il n'y a rien à ménager. Au contraire, dans la branche transversale, il s'agit d'avancer par dissection et de séparer le sphincter du bulbo-caverneux. Pour reconnaître le point de séparation de ces muscles, il est bon de disséquer un peu les deux lèvres de la peau, de manière à découvrir une partie du plan musculaire. Ordinairement cependant le bord antérieur du sphincter se reconnaît mieux au toucher qu'à la vue ; ses fibres sont d'ailleurs en continuité directe avec celles du bulbo-caverneux.

Un cathéter étant placé dans la vessie, et la lèvre postérieure de la plaie étant pincée entre le pouce et l'index introduit dans le rectum, on entame, au moyen de ciseaux et à petits coups, la séparation des deux muscles. A mesure qu'on avance en profondeur, on tire le sphincter en arrière, pendant qu'un aide met le bulbe à l'abri, en le rétractant en avant au moyen d'un crochet mousse. Pour mener cette dissection à bonne fin, il faut se rappeler la courbure périnéale du rectum. Cette courbure, dirigée en avant, est telle que si l'on pénétrait directement en haut, en coupant à 2 centimètres au-devant de l'anus, on tomberait infailliblement dans la lumière de l'intestin. La séparation des deux muscles doit donc se faire suivant un plan oblique en haut et en avant ; pour faire cette dissection avec sécurité, je crois très utile de maintenir un doigt dans le rectum : ce doigt contrôle la marche des ciseaux et avertit l'opérateur au cas où il se rapprocherait trop de la paroi intestinale. L'avantage de ce contrôle est si considérable que le danger d'infection de la plaie ne m'y ferait pas renoncer : ce danger pourra en effet être entièrement écarté si l'on a pris la précaution de nettoyer soigneusement la partie inférieure du rectum et si l'on ne porte pas le doigt dans la plaie avant de l'avoir désinfecté. Au surplus, le doigt n'étant nécessaire que pendant le premier temps de l'opération, on peut se dispenser de le mettre en contact avec la plaie jusqu'au moment où l'on peut le retirer définitivement.

D'autre part, les instruments ne peuvent pas trop s'éloigner de la paroi rectale, sous peine d'intéresser le bulbe, auquel le muscle bulbo-caverneux ne fait qu'un revêtement assez mince : il faut surtout être prudent chez les vieillards dont le bulbe, augmenté de volume, se rapproche davantage du rectum. La blessure du bulbe

serait un accident fâcheux, surtout à cause de l'hémorrhagie qui en résulterait, hémorrhagie difficile à arrêter et qui masquerait le champ opératoire.

Lorsque la dissection, ainsi menée, a été poursuivie jusqu'à une profondeur d'environ 3 centimètres, on a atteint le bord supérieur du sphincter et le bulbe est entièrement séparé du rectum. A ce moment, on dépose les ciseaux et presque tout le reste de l'opération va se faire avec les doigts. En effet il s'agit maintenant de séparer la région membraneuse, puis la prostate, de la face antérieure du rectum à laquelle ces organes ne sont réunis que par un tissu cellulaire assez peu résistant. L'instrument tranchant, indispensable au début de l'opération, quand il s'agit de séparer deux muscles peu distincts, est devenu inutile maintenant que les organes génito-urinaires n'adhèrent plus que lâchement à l'intestin. Le doigt est aussi retiré du rectum.

C'est à ce moment que le cathéter devient d'un grand secours ; il permet de reconnaitre au toucher la région membraneuse, qui est si molle et dont les parois sont si minces que, sans le conducteur, on pourrait ne pas la distinguer des tissus environnants.

Pendant que l'aide continue à rétracter la lèvre supérieure de la plaie, le chirurgien place les deux index dans le fond, contre le canal de l'urèthre et, en éloignant les doigts l'un de l'autre, pendant qu'il exerce une certaine pression, il déchire les adhérences qui relient le rectum aux organes génito-urinaires. Cette manœuvre s'exécute sans difficulté, quand la dissection mousse a été a m o r c é e, c'est-à-dire quand les premières adhérences qu'on rencontre, celles qui fixent la région membraneuse contre la partie du rectum située directement au-dessus du sphincter, ont été coupées aux ciseaux : ces adhérences inférieures sont en effet les plus résistantes ; elles deviennent de plus en plus faibles, à mesure qu'on avance dans la séparation et l'on détache sans difficulté toute la face postérieure de la prostate. Si, au cours de cette dissection, il se présente çà et là une bride qui résiste davantage, il vaut mieux la couper que d'exagérer les efforts des doigts et de s'exposer ainsi à déchirer le rectum.

Lorsqu'on a isolé par la dissection mousse la face postérieure de la prostate, la plaie, à ce niveau, se présente sous forme d'une fente transversale profonde, bridée de chaque côté par les bords inférieurs des releveurs. Ces muscles ne deviennent bien apparents que lorsque le rectum est séparé de la prostate ; voilà pourquoi dans le premier temps de l'opération, nous ne nous sommes occupés

de la dissection que sur la ligne médiane ; jusqu'ici, au niveau des branches latérales de l'incision, nous n'avons divisé que les téguments et une partie du tissu graisseux de la fosse ischio-rectale. Pour bien comprendre le temps suivant de l'opération, qui consiste à couper de chaque côté les fibres inférieures du releveur, il faut bien se rappeler les connexions de ce muscle avec le rectum 1).

L'ouverture inférieure des releveurs se présente comme une fente à direction sagittale, dont l'extrémité postérieure est occupée par le rectum. La moindre partie des fibres qui limitent cette fente et qui viennent de la face postérieure des pubis, se perdent sur la paroi rectale. Les autres, beaucoup plus nombreuses, ne font que longer la face latérale du rectum, le contournent et arrivent derrière lui, les unes pour se continuer sans interruption avec celles du côté opposé en enveloppant la demi-circonférence postérieure de l'intestin, au-dessus du sphincter, dans une espèce de cravate, les autres se terminant sur le raphé ano-coccygien. C'est cette espèce de sangle qui maintient le rectum contre les organes génito-urinaires et dont on voit apparaître le bord inférieur de chaque côté de la prostate, lorsque la face postérieure de cette glande a été isolée.

Il s'agit maintenant de diviser de chaque côté cette sangle, de manière à libérér le rectum et à pouvoir l'écarter de la région prosta tique de l'urèthre. Voici le moyen qui m'a paru le meilleur : on prend le bord inférieur du releveur entre l'index et le médius gauches qui retirent le rectum en arrière et tendent du même coup le faisceau musculaire. Celui-ci est alors coupé aux ciseaux, guidés sur le dos des doigts, jusqu'à la profondeur à laquelle la face antérieure du rectum est dénudée. Cette section est faite des deux côtés.

Le segment inférieur du releveur est ainsi divisé près de la face latérale du rectum ; mais il est inexact de dire, comme Zuckerkandl, que le muscle est incisé à ses insertions au rectum (... « trennt man mit je einem Scheerenschlag die Ansätze des Levator ani am Mastdarm durch » 2). La section porte en plein trajet des fibres, puisque la plupart de celles-ci ne se terminent que derrière le rectum

Dès que les bords inférieurs des releveurs ont été coupés, le rectum se laisse déjeter en arrière sur le coccyx, en formant avec la

1) On trouvera d'excellentes figures représentant ce muscle vu d'en bas, dans différentes positions du bassin, dans un travail de R. L. Dickinson : Studies of the levator ani muscle. The Amer. journal of obstetrics. XXII, sept. 1889, nº 9, p. 897 et suiv.

2) O. Zuckerkandl. Ein neues Verfahren, u. s w. loc. cit. p. 251.

peau comprise dans l'incision trapézienne et l'anus, un véritable lambeau à base postérieure. Lorsque ce lambeau est déjeté, la fente transversale que formait la partie moyenne de la plaie, est devenue largement béante et la prostate apparait à découvert. C'est le moment de reprendre la séparation du rectum sur la ligne médiane. En travaillant le plus souvent avec les doigts et en s'aidant de temps en temps des ciseaux pour les adhérences plus solides, on sépare sans difficulté le rectum des vésicules. séminales et du bas-fond de la vessie. Mais en même temps, une nouvelle portion du releveur est venue se montrer de chaque côté du rectum, et doit être incisée par la manœuvre décrite plus haut. En répétant ainsi autant de fois qu'il est nécessaire, d'abord la séparation du rectum en avant, puis l'incision du releveur de chaque côté, on arrive, après avoir dépassé les vésicules séminales, sur le cul-de-sac péritonéal recto-vésical, qui apparait au fond de la plaie sous forme d'une petite vessie tranchant, par sa coloration blanchâtre ou bleuâtre, sur la teinte plus rouge des tissus environnants. Si l'on dégage un peu le cul-de-sac avec le bout du doigt, on reconnait sa forme triangulaire à pointe inférieure, et on peut s'assurer qu'il adhère assez fortement au rectum par son bord, tandis qu'il est très-lâchement uni par sa face antérieure à la vessie. Ce détail anatomique nous servira plus tard.

Lorsqu'on est arrivé à ce point de l'opération, il peut se faire que le lambeau se laisse difficilement rétracter, soit que le tissu graisseux du sinus ischio-rectal ait été insuffisamment divisé, soit que les incisions obliques n'aient pas été prolongées assez en arrière. Il ne faudrait pas hésiter à faire le débridement nécessaire. Il faut que le lambeau se laisse entièrement retourner sur la région sacro-coccygienne.

Pour achever la périnéotomie, il ne reste plus qu'à ouvrir le péritoine. On saisit le cul-de-sac avec une pince à dents de souris, on y donne un coup de ciseaux, et on agrandit l'ouverture à droite et à gauche jusqu'aux extrémités de la plaie.

Anatomie de la plaie. La plaie ainsi produite est une large brèche, présentant dans son ensemble, quand le lambeau est modérément rétracté, une forme de pyramide à base inférieure, à sommet supérieur. On peut lui décrire deux grandes faces, une antérieure, ou génito-urinaire, une postérieure ou rectale, et deux petits côtés, latéraux.

La face postérieure est occupée presque toute entière par la portion extrapéritonéale du rectum, recouverte dans sa partie inférieure par le sphincter et sur laquelle se dessine, vers le sommet

de la plaie, la pointe du revêtement péritonéal. De chaque côté du rectum, on reconnait la surface de section du releveur. Enfin, les parties latérales de cette face postérieure sont occupées par la graisse de la cavité ischio-rectale.

Sur la face antérieure de la plaie, on voit sous la peau la surface de section des fibres communes au sphincter et au bulbo-caverneux, et les fibres profondes de ce dernier muscle, enveloppant le bulbe qui se dessine plus ou moins derrière lui. Sous le bulbe, la région membraneuse de l'urèthre, puis la face postérieure de la prostate, enfin les vésicules séminales, s'échappant du bord inférieur de la prostate (dans la position du sujet), très-rapprochées de la ligne médiane à leur origine, mais s'écartant l'une de l'autre à mesure qu'elles plongent vers le fond de la plaie. Accolé au bord interne de la vésicule, on trouve le canal déférent. L'aspect des vésicules séminales, avec leurs bosselures et leur couleur pâle, est très-caractéristique. Dans l'angle formé par l'écartement des vésicules et des canaux déférents, se montre la face postérieure de la vessie.

Ordinairement les organes que je viens d'énumérer sur la face antérieure de la plaie ne sont pas là à découvert, on les voit par transparence à travers une lame aponévrotique, l'aponévrose prostato-péritonéale. Cette aponévrose étant beaucoup plus adhérente aux organes génito-urinaires qu'au rectum, c'est le plus souvent en arrière d'elle que l'on tombe par la dissection 1).

Sur cette face antérieure de la plaie, on peut retrouver de chaque côté la surface de section du releveur, quoique moins facilement que sur la face postérieure.

Enfin, les faces latérales de la pyramide sont formées par du tissu graisseux, qui recouvre et cache à la vue la face interne de l'obturateur interne.

Les vaisseaux sectionnés au cours de la périnéotomie à lambeau sont nombreux, mais généralement peu importants. Ce sont, outre les artères périnéales, des branches des hémorrhoïdales inférieures et moyennes et surtout des veines qui forment autour de la terminaison de l'intestin un plexus très-riche. Les nerfs, également peu importants, sont surtout la branche inférieure ou périnéale du nerf honteux et les rameaux terminaux de cette branche, ainsi que des filets appartenant au nerf hémorrhoïdal ou anal. Le tronc du nerf

---

1) Nous avons vu que le péritoine est au contraire plus adhérent au rectum. Le nom d'aponévrose prostato-péritonéale me semble donc impropre : ce fascia ne se fixe pas au cul-de-sac du péritoine, il se perd dans le tissu cellulaire de la région. Il vaudrait mieux l'appeler aponévrose postérieure de la prostate, comme l'ont fait quelques anatomistes.

honteux, pas plus que l'artère honteuse interne, ne risquent d'être blessés dans une opération bien faite, puisqu'ils sont accolés au muscle obturateur interne, qui n'est pas mis à découvert.

J'ai décrit la plaie de l'opération comme ayant une forme de pyramide, mais j'ai ajouté qu'elle n'avait cette forme que si le lambeau est incomplètement rétracté. En effet, si on le retire au maximum, toute la paroi postérieure de la pyramide, la plus longue, se trouve en quelque sorte extraite du périnée et étalée à l'extérieur : la profondeur de la plaie est ainsi considérablement diminuée et sa forme de pyramide disparaît. C'est ce changement de forme et cette diminution de profondeur que plusieurs chirurgiens ont perdus de vue en parlant de l'opération de Zuckerkandl. Je citerai Herzfeld qui, comparant la voie périnéale à la voie vaginale pour l'hystérectomie, trouve que la seule différence entre les deux méthodes, c'est que dans l'un cas la voie est préformée, tandis que dans l'autre, elle est artificielle et, naturellement, il ne trouve aucun avantage à la périnéotomie [1]). De même, Dittel [2]) calcule que la plaie de la périnéotomie doit bien avoir 10 à 15 centimètres de profondeur et estime que l'hémostase doit être difficile dans cette opération. C'est également une appréciation erronée qu'émet Sänger [3]) à la suite de recherches cadavériques non irréprochables. D'après cet auteur, les branches latérales de l'incision trapézienne pourraient être supprimées, comme inutiles, et une simple incision transversale donnerait autant de jour. Émettre une telle affirmation, c'est méconnaître l'avantage capital du procédé de périnéotomie qui nous occupe ; je ne saurais trop répéter qu'il n'y a aucune analogie entre le procédé à lambeau et les incisions simples, au point de vue de la profondeur de la plaie : avec une incision droite unique, la plaie est une boutonnière qui a exactement comme profondeur l'épaisseur du périnée, sans que la rétraction puisse diminuer cette profondeur. Il en est tout autrement avec le procédé à lambeau qui donne une plaie beaucoup moins profonde que le périnée n'est épais.

Mais pour qu'il en soit ainsi, il faut que les incisions latérales arrivent suffisamment loin derrière l'anus : des branches trop courtes ne permettraient pas au lambeau d'exécuter complètement son mouvement de bascule. Il ne faut donc pas craindre d'entamer

---

1) K. K. Gesellsch. d. Aerzte in Wien. Sitzung vom 22 febr. 1889 : Wiener kl. Woch. 1889, n° 9 s. 186 et K. K. Gesellsch. d. Aerzte in Wien 15 märz 1889. Wiener. kl. Woch. 1889 n° 12, s. 243.

2) K. k. Gesellsch. d. Aerzte in Wien, 15 März 1889 Wiener kl. Woch. 1889, n° 12, s. 243.

3) Sänger. Ueber Dermoïdcysten, u. s. w. loc. cit. p. 32 du tiré-à-part.

le releveur dans toute l'étendue nécessaire, au lieu de vouloir économiser ses fibres ; nous verrons que la division du muscle peut être large, attendu qu'on peut compter sur une réunion au moins partielle des faisceaux sectionnés.

Quant aux dimensions de la plaie obtenue par la périnéotomie à lambeau, il est impossible de donner des chiffres, par suite des différences de largeur que présente le dédroit inférieur du bassin, d'un sujet à l'autre. En tous cas, ces dimensions sont suffisantes pour permettre l'introduction de toute la main.

§ 2. Périnéotomie à lambeau chez la femme.

L'opération qui consiste essentiellement dans le dédoublement du septum recto-vaginal, la division des adhérences qui relient le vagin au rectum, s'exécute d'après les mêmes règles générales que chez l'homme ; beaucoup de détails du manuel opératoire étant identiques dans les deux sexes, ma description de l'opération chez la femme pourra être assez courte.

La position à donner au sujet est la même que celle décrite dans le paragraphe précédent : flexion maxima des cuisses sur le ventre et position élevée du bassin. Je ne conseille de mettre un tampon, ni dans le rectum, ni dans le vagin ; le tampon me semble gêner la dissection, au lieu de la faciliter.

L'incision en trapèze se compose, comme chez l'homme, d'une branche transversale, longue d'environ 6 centimètres et de deux branches obliques dirigées en arrière. La branche transversale est placée à égale distance de la vulve et de l'anus. en d'autres termes, au milieu de la longueur du périnée. Les branches latérales suivent le bord interne des tubérosités ischiatiques, qu'elles doivent dépasser. Je ferai remarquer que lorsque le périnée est intact, l'incision transversale, faite au milieu de la distance ano-vulvaire, tombe à une certaine distance en avant du sphincter, et atteind de chaque côté les faisceaux latéraux du constricteur vaginal, qu'elle divise. En pareil cas, il vaudrait mieux placer l'incision à 2 centimètres au-devant de l'anus, pour être sûr de passer entre le sphincter et le constricteur. Mais lorsque le périnée est raccourci par des déchirures ou la distension, le milieu de l'espace ano-vulvaire constitue une donnée suffisamment exacte.

J'ai dit que dans la flexion forcée des cuisses, la ligne bi-ischiatique se trouve, chez la femme, à une distance notable au-devant de l'anus. Il en résulte que les incisions latérales ne doivent pas

s'arrêter aux tubérosités ischiatiques, comme le recommande Zuckerkandl [1]). Assez souvent cependant elles pourront être un peu moins longues que chez l'homme, parce que le bassin de la femme est plus large et que les organes pelviens dépassent l'ouverture inférieure d'une quantité plus forte. (Rüdinger a montré que chez la femme, le segment du rectum qui déborde en bas la pointe du coccyx est d'environ 2 centimètres plus grand que chez l'homme).

L'incision, dans sa partie moyenne, n'entame d'abord que la peau et le tissu cellulaire ; on tâche de reconnaître la limite antérieure de la partie commune du sphincter et du constricteur du vagin : c'est à ce niveau que l'incision est approfondie lentement, couche par couche, pendant que l'opérateur pince le bord antérieur de l'anus et le tire en arrière, tandis qu'un aide tire en avant le bord postérieur du vagin, saisi dans une pince tire-balle ou une pince de Muzeux. On sépare ainsi, au moyen des ciseaux, la partie inférieure du vagin de la portion sphinctérienne du rectum. Lorsqu'on a atteint le bord supérieur du sphincter, on peut déposer momentanément les ciseaux et continuer la séparation du rectum et du vagin sur la ligne médiane, au moyen du doigt promené dans la plaie. A un moment donné, cette dissection mousse doit être arrêtée, la plaie prenant la forme d'une boutonnière bridée sur les côtés par le releveur. C'est le moment de dégager les parties latérales du rectum jusqu'à la hauteur où il est dénudé en avant : au moyen de quelques coups de ciseaux, on traverse la graisse du sinus ischio-rectal et on sectionne de chaque côté le bord inférieur du releveur en le fixant au moyen des deux doigts de la main gauche, par la manœuvre décrite plus haut. Le rectum et le vagin peuvent maintenant être écartés largement dans leur segment inférieur et l'on poursuit leur séparation au moyen du doigt, au niveau de la ligne médiane ; une nouvelle portion du releveur, se montrant de chaque côté, est incisée comme tantôt, puis, les deux conduits se trouvant séparés sur une hauteur plus grande, le doigt recommence à déchirer les adhérences en avant, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'on voie apparaître, au fond de la plaie, le cul-de-sac péritonéal qu'on reconnait à sa teinte bleuâtre. On l'ouvre comme chez l'homme.

Pendant toute cette dissection, il faut que le vagin soit maintenu tendu par l'aide, et le rectum par le chirurgien, en même temps que les deux conduits sont écartés l'un de l'autre : les

---

1) O. Zuckerkandl. Ueber die Blosslegung des Uterus mittelst u. s. w., loc. cit. p. 466.

adhérences se trouvent ainsi tendues et ne fuient pas sous le doigt qui cherche à les déchirer. Il ne faut pas exercer trop de violence dans cette dissection : le rectum surtout, dont la paroi antérieure est très-mince, se laisserait facilement déchirer. Si une bride résiste outre mesure, il vaut mieux la diviser aux ciseaux. Il est bon aussi, si à quelque moment de l'opération, on n'est pas certain de se trouver exactement dans l'interstice entre les deux organes, de pousser la dissection vers le vagin, dont la paroi est beaucoup plus résistante que celle du rectum ; dût-on même entamer un peu la paroi vaginale, qu'on serait averti à temps par une résistance particulière au bistouri, comparable à celle du tissu de cicatrice, et par la couleur blanchâtre de l'entaille. Au contraire, les plaies du rectum ne se reconnaissent généralement que quand elles sont perforantes.

J'attache une certaine importance à l'observation stricte des règles que je viens d'indiquer. Ainsi, il ne faut pas vouloir faire cette opération en circonscrivant simplement la demi-circonférence antérieure du rectum par des incisions courbes également profondes de tous côtés ; il est indispensable de commencer la séparation sur la ligne médiane et de la pousser à ce niveau jusqu'à une certaine profondeur, sans s'inquiéter des parties latérales. Ce n'est qu'alors qu'on voit apparaître les bords inférieurs des releveurs et qu'on peut les diviser facilement ; sans cette précaution, on ne reconnaîtrait aucun organe dans la plaie, et l'on ne saurait pas ce qu'on incise.

Inversément, il ne faut pas vouloir diviser toute la cloison jusqu'à sa partie supérieure, avant d'entamer les parties latérales, et notamment les releveurs ; ces muscles maintenant la partie inférieure du rectum contre le vagin, la plaie aurait la forme d'une cavité profonde au fond de laquelle on serait fort exposé à blesser le rectum.

J'ai dit dans la description de l'opération, qu'afin que les adhérences soient bien visibles et tendues, il faut que le chirurgien tire sur le rectum et l'aide sur la paroi vaginale postérieure. Pour peu que les adhérences soient solides, il peut être utile d'intervertir les rôles ; le chirurgien, se chargeant lui même du vagin, maintient un doigt dans sa cavité, en même temps qu'il tend la paroi ; la pointe des ciseaux, constamment tournée vers le conduit vaginal, est perçue par le doigt à travers la paroi et la dissection se fait ainsi avec une grande sûreté. Ceci ne s'applique, bien entendu, qu'au dédoublement de la cloison dans sa portion sphinctérienne ; plus haut, nous l'avons vu, les ciseaux n'interviennent guère.

De même que chez l'homme, la périnéotomie doit donner, chez la femme, un lambeau qui comprenne la terminaison du rectum et qui puisse être entièrement retourné sur le coccyx. Or, l'épaisseur du périnée étant extrêmement variable chez la femme, la formation de ce lambeau exigera aussi des incisions latérales de longueur très variable. Si le périnée est résistant et épais, le cul-de-sac péritonéal est ordinairement situé très-haut et le débridement latéral doit être large. Au contraire, quand le périnée est flasque, le point de réflexion du péritoine descend souvent fort bas : l'épaisseur des tissus à traverser est alors relativement faible et les branches latérales de l'incision pourront être plus courtes.

Anatomie de la plaie. La plaie de la périnéotomie à lambeau présente chez la femme, comme chez l'homme, une forme de pyramide, lorsque le lambeau est partiellement abaissé. La face postérieure de cette pyramide, recouverte par le rectum et les faces latérales, recouvertes par la graisse du sinus ischio-rectal, ne méritent pas de description spéciale. Mais la face antérieure est constituée par la paroi postérieure du vagin de chaque côté duquel on peut retrouver la surface de section du releveur, et plus haut par la face postérieure de l'utérus. Comme chez l'homme aussi, la rétraction du lambeau diminue notablement la profondeur de la plaie et permet facilement à toute la main de pénétrer par cette brèche dans la cavité pelvienne. En général, ce résultat s'obtient plus facilement chez la femme, par suite de la situation plus élevée du coccyx, qui constitue le plan résistant qui limite le renversement du lambeau.

Les vaisseaux et les nerfs principaux intéressés dans l'opération sont les mêmes que ceux que j'ai signalés à propos de la périnéotomie chez l'homme.

§ 3. Dangers de la périnéotomie à lambeau.

Il suffit de se rappeler la grande richesse vasculaire du périnée, pour comprendre que l'opération doit être accompagnée d'une hémorrhagie abondante. Si O. Zuckerkandl ne s'en est pas préoccupé, il n'en est pas de même des auteurs qui ont apprécié l'opération et qui tous signalent l'abondance du sang comme devant constituer un inconvénient sérieux (Herzfeld [1]), Dittel [2]),

1) Herzfeld. K. k. Ges. d. Aerzte in Wien, 22 febr. 1889. Wiener kl. Woch. 1889. nº 9, s. 186.

2) Dittel. Op. cit. Wiener kl. Woch. 1889, s 243.

Sänger [1]). Frommel, qui a pratiqué, comme nous le verrons, l'hystérectomie dans l'incision de Zuckerkandl, rapporte, de son côté, que l'hémorrhagie a été abondante [2]), et il en fut de même dans l'observation de Rosthorn [3]). Mais, le fait est constaté par ces deux derniers auteurs, l'hémorrhagie est surtout veineuse : ce sont les veines hémorrhoïdales formant autour de la terminaison de l'intestin un plexus très-serré et constitué de vaisseaux d'assez gros calibre, qui fournissent la majeure partie du sang. Or l'hémorrhagie veineuse est toujours assez facile à arrêter par la compression, et de fait, l'hémostase ne rencontra pas de difficultés dans les cas de Frommel et de Rosthorn.

Les artères qui peuvent être atteintes sont des branches assez peu importantes. En tous cas, la plaie pouvant être entièrement étalée et examinée à loisir dans toutes ses parties, il sera toujours facile de pincer et de lier les vaisseaux divisés, si on le juge nécessaire. Quant au tronc de la honteuse interne, ce n'est que par une faute opératoire qu'on pourra l'atteindre, l'incision de la périnéotomie devant tomber dans la graisse du sinus ischio-rectal, et l'artère honteuse se trouvant exclué de cette cavité par la forte aponévrose obturatrice qui la recouvre.

La périnéotomie, sans être une opération difficile, demande cependant une certaine attention. La partie délicate de la manœuvre consiste dans l'isolement de la face antérieure du rectum ; il s'agit là d'une véritable dissection, toute artificielle dans la partie inférieure ou sphinctérienne. Plus haut, la séparation se fait en quelque sorte naturellement, pourvu qu'on tombe dans le plan de clivage qui existe à ce niveau aussi bien chez l'homme que chez la femme. Mais si l'on ne pénètre pas exactementdans l'interstice, et surtout si l'on exerce sur les lèvres de la plaie des tractions trop fortes, on s'expose à blesser les organes entre lesquels on devrait passer.

Ces blessures atteindront le plus souvent le rectum. La minceur et le peu de résistance de sa paroi l'exposent particulièrement à des déchirures. C'est donc au rectum qu'il faut surtout veiller : ne pas le tirailler outre mesure, ne pas exagérer les efforts du doigt pendant la division des adhérences ; maintenir un doigt dans la cavité de l'intestin, pour que la dissection se fasse sur conducteur ; ne pas tourner la pointe des ciseaux vers la paroi rectale. Si, malgré ces précautions, il se produisait une déchirure dans la paroi rectale,

---

1) Sänger. Ueber Dermoidcysten, u. s w., loc. cit. p. 36.

2) Frommel. Verhandl. der deutschen Gesellsch. f. Gynäk. 3r Kongress (Freiburg i/B, 1889). Leipzig 1890, s. 286.

3) Rosthorn. Wiener klinische Wochenschrift, 1889, s. 730.

il faudrait la suturer immédiatement. Je ne serais pas disposé à traiter ces plaies rectales comme des fistules, et à fendre le segment d'intestin situé en-dessous ; car, comme la lésion atteindra presque toujours la région supra-sphinctérienne, c'est toute la hauteur du sphincter qu'il faudrait inciser. Je recommanderais, après la suture, la mise en place d'un gros tube à drainage dans le rectum, et le tamponnement provisoire de la plaie périnéale, d'après la méthode sur laquelle j'insisterai plus loin.

Les organes occupant la paroi antérieure de la plaie risquent beaucoup moins d'être atteints pendant la périnéotomie : chez la femme, le vagin est très-facile à maintenir intact ; chez l'homme, il n'y a guère que le bulbe que l'on pourrait blesser, et nous avons vu qu'il suffit d'un peu d'attention, au début de la dissection, pour éviter ce danger. On peut donc dire que la périnéotomie, pratiquée avec précaution, n'expose guère à blesser les organes pelviens. Sänger sur le cadavre, et Frommel sur le vivant, ont constaté que notamment le dédoublement du septum recto-vaginal n'offre pas de sérieuses difficultés. Je puis, pour ma part, après de nombreuses opérations faites sur le cadavre, affirmer que les difficultés ne sont pas plus grandes chez l'homme.

Mais il est un organe important que la périnéotomie atteint nécessairement : c'est le releveur de l'anus. Ce muscle, outre qu'il intervient activement dans la défécation, joue un rôle particulièrement important dans la statique des organes pelviens chez la femme. C'est lui, beaucoup plus que le reste du périnée, qui supporte ces organes et s'oppose à leurs déplacements. Il joue aussi un grand rôle dans l'accouchement 1). Qu'adviendra-t-il de ce muscle après la périnéotomie ?

Les accoucheurs savent que pendant la période d'expulsion, il n'est pas rare de voir se produire des déchirures du releveur, coexistant ou non avec des ruptures du périnée. Cet accident a été bien étudié par Schatz 2) et récemment Dickinson a de nouveau appelé l'attention sur lui 3). Le plus souvent, la déchirure est unilatérale et, lorsqu'elle est abandonnée à elle-même, elle donne lieu au prolapsus. Schatz a montré que dans cette variété unilatérale de déchirure, tout le muscle perd ordinairement sa fonction, et l'on

1) H. Varnier. Du détroit inférieur musculaire du bassin obstétrical. Paris, 1888, p. 107 et suiv.

2) Friedr. Schatz. Ueber die Zerreissungen des muskulösen Beckenbodens bei der Geburt. Arch. f. Gyn. 1883, Bd. XXII, Heft. 2, s. 298.

3) Robert L. Dickinson. Studies of the levator ani muscle. Loc. cit. p. 897.

ne s'étonnera pas qu'il en soit ainsi, si l'on songe que, pour faire subir au rectum son mouvement d'ascension et de propulsion en avant, le releveur doit avoir son double point d'insertion antérieure. C'est pour ce motif que je ne saurais admettre l'opinion de Sänger, lorsqu'il prétend 1) que la périnéotomie latérale, d'après son procédé indiqué plus haut, doit être préférée à la périnéotomie à lambeau, sous prétexte que cette dernière opération, en sectionnant le releveur des deux côtés, laissera après elle des désordres plus graves que l'incision unilatérale. Puisqu'il est démontré que les désordres qui peuvent résulter de l'opération, sont aussi graves après l'incision unilatérale qu'ils peuvent l'être après la périnéotomie à lambeau, c'est à ce dernier procédé que je donne la préférence, parce qu'il l'emporte sur l'incision simple à plusieurs autres points de vue.

Mais je ne crois pas que les fragments du muscle divisé doivent nécessairement rester séparés, et que la perte de ses fonctions soit fatale. Il est certain, ainsi que le dit Schatz, que lorsqu'on suture soigneusement les déchirures récentes, on obtient la guérison complète ou à peu près, et que la continuité du muscle se rétablit en très-grande partie. On pourrait donc tenter cette suture après la périnéotomie, avec d'autant plus de chances de succès, qu'on n'aurait pas dans l'espèce ces deux circonstances défavorables qui existent dans les ruptures spontanées : la contusion du muscle et l'arrachement de l'insertion au pubis

Mais, en général, je ne recommande pas la suture immédiate de la plaie périnéale : je crois, au contraire, avantageux de recourir au tamponnement provisoire, suivi de la suture secondaire à étages. Avec cette manière de procéder, il est certain que les fragments des releveurs se trouveront réunis sur une grande étendue.

Il ne faut pas oublier d'ailleurs que la périnéotomie à lambeau laisse dans le plancher pelvien une grande cicatrice, qui contribuera certainement à le renforcer. Schatz estime qu'une inflammation puerpérale peut donner lieu à une cicatrice si forte qu'elle remplace, en cas de déchirures non réunies, le soutien manquant (le muscle), et qu'elle s'oppose à la production du prolapsus. On pourra compter éventuellement sur une action analogue de la cicatrice opératoire. C'est sans doute de cette manière qu'il faut expliquer le résultat obtenu par Frommel 2) qui, après une périnéotomie complète, laissa toute la plaie se séunir par

1) Sänger. Ueber Dermoidcysten, u. s. w. s. 38.

2) Frommel. Verhandl. d. deutschen Gesellsch. f. Gyn. u. s. w., loc. cit p. 286.

bourgeonnement, et constata que le nouveau périnée était résistant, et la cicatrice solide : l'opérée n'éprouvait aucun malaise. Nous verrons que des périnéotomies partielles ont également laissé les opérés dans d'excellentes conditions, au point de vue de la résistance du plancher pelvien.

Je puis donc conclure, en terminant ce chapître, que la périnéotomie à lambeau est une opération assez facile, peu grave et qui donne une large voie d'accès dans la cavité pelvienne.

CHAPITRE III.

Application de la périnéotomie à l'extirpation du rectum.

L'extirpation du rectum est restée pendant longtemps l'une des opérations les moins attrayantes de la chirurgie. On peut même dire qu'elle était généralement abordée avec répugnance, et seulement sous la pression irrésistible des symptômes.

Diverses circonstances rendent suffisamment compte du peu de faveur que rencontrait cette opération : c'est d'abord la situation profonde de l'organe. Occupant le fond de l'excavation pelvienne, absolument inaccessible en avant, en arrière et sur les côtés, inabordable aussi par en haut, il ne pouvait être atteint que par son extrémité inférieure, par l'anus. Or cette voie est étroite, et le cancer du rectum occupe souvent le segment supérieur de cet intestin. De plus, il y avait le danger d'infection, auquel toute plaie de cette région se trouvait particulièrement exposée.

Pendant longtemps, les difficultés d'accès et la crainte des complications furent assez grandes, pour faire reculer les chirurgiens devant une opération radicale. Il faut arriver en 1822, pour la voir pratiquer la première fois, par Lisfranc.

Je crois inutile de rappeler son procédé, resté longtemps classique, et les améliorations qui y furent apportées. Je dirai seulement que les progrès réalisés successivement dans la technique, conduisirent au procédé de Kocher, qui abordait le rectum par sa face postérieure et, pour l'atteindre plus haut, réséquait le coccyx. C'était la meilleure méthode connue, lorsqu'en 1885, Kraske, en ajoutant à l'extirpation du coccyx, la résection d'un fragment du sacrum, fit faire à la question un pas énorme. Dès

lors les tumeurs occupant l'extrémité supérieure du rectum, réputées inopérables, devenaient justiciables de l'extirpation.

Je ne décrirai pas l'opération de Kraske, aujourd'hui universellement adoptée, pas plus que les nombreuses modifications qui ont été introduites dans la technique primitive de la résection sacro-coccygienne, et qui portent, ou bien sur l'opération préliminaire, ou bien sur la manière d'extirper le segment rectal, ou encore sur la manière de traiter la plaie opératoire. Mais je dois rappeler que depuis lors, on a essayé d'aborder le rectum par derrière, dans son segment supérieur, sans toucher au squelette. Le prof. Emil Zuckerkandl a bien mis en lumière les conditions anatomiques qui rendent cette opération possible 1), et de son côté, le prof. Wölfler, de Graz, avant d'avoir eu connaissance des recherches de E. Zuckerkandl, avait pratiqué sur le vivant une opération très-analogue, à laquelle il a donné le nom de méthode parasacrée 2).

D'après ces auteurs, une incision longeant le bord du sacrum et du coccyx et se prolongeant en avant de la pointe de ce dernier os, pourrait, en toutes circonstances, remplacer l'opération de Kraske.

La comparaison à laquelle j'ai soumis sur le cadavre les deux méthodes, me permet d'affirmer que la méthode parasacrée est incapable de fournir un champ opératoire aussi étendu que la résection latérale du sacrum. Il est incontestable qu'on peut à la rigueur, avec l'incision parasacrée, arriver à extirper des tumeurs élevées, et cela se conçoit facilement, puisque cette incision remonte sensiblement au même niveau que celle de Kraske. Mais ce qu'il importe de savoir, c'est qu'avec la méthode parasacrée, l'opération est beaucoup plus pénible, plus laborieuse et plus longue qu'avec la sacrotomie. Si la plaie parasacrée laisse aborder le rectum aussi haut que ce dernier procédé, elle permet beaucoup moins bien de le disséquer. C'est une plaie étroite, que la présence du bord osseux empêche de rétracter et d'agrandir du côté interne.

Sans pousser plus loin cette comparaison, je décrirai immédiatement le procédé d'extirpation par le périnée, auquel je me suis arrêté. Nous verrons ensuite dans quelles conditions je le recommande en lieu et place de l'opération de Kraske, et pour quels cas je considère ce'te dernière, comme devant rester l'opération de choix.

---

1) Prof. E. Zuckerkandl. Notiz über die Blosslegung der Beckenorgane. Wiener klin. Wochenschr., 1889, nr 14, s. 276. — Zur Blosslegung der Beckenorgane. Wiener klin. Wochenschr. 1889, nr 18, s. 356.

2) A Wölfler. Ueber den parasacralen und pararectalen Schnitt zur Blosslegung des Rectum, des Uterus und der Vagina, Wiener kl. Woch., 1889, nr 15, s. 296.

L'application de la méthode périnéale à l'extirpation du rectum a été indiquée par O. Zuckerkandl [1]). Cet auteur décrit sommairement un procédé entièrement calqué sur l'extirpation après la résection sacro-coccygienne. Il ne donne aucun détail sur la manière de traiter la partie restante du rectum. Son opération n'a jamais été pratiquée sur le vivant, et Hochenegg, qui en dit un mot, la rejette complètement, sans qu'il paraisse d'ailleurs l'avoir exécutée [2]). Il est vrai que Zuckerkandl veut la substituer entièrement à l'opération de Kraske, ce que la comparaison des deux méthodes sur le cadavre ne me permet pas de faire.

Je donne la préférence à une technique que je décrirai en détail. Toute la partie de cet exposé qui a rapport au 3e temps de l'opération, et une bonne partie de la description des deux premiers temps, me sont personnelles.

Examinant d'abord l'opération chez l'homme, je choisirai comme exemple le cas d'un anneau carcinomateux relativement peu étendu, commençant au-dessus du sphincter, mais dont l'extrémité supérieure peut encore être atteinte et délimitée par le doigt, aidé au besoin de la dilatation du sphincter. Cette hypothèse comprend les tumeurs situées modérément haut, qui, au point de vue de l'opérabilité, se trouvaient sur l'extrême limite avant Kraske, et dont l'extirpation était extrêmement difficile avec les procédés anciens. Je supposerai que l'intestin soit resté libre d'adhérences, au moins avec les organes génito-urinaires, sur lesquels la tumeur est donc mobile. On remarquera que j'ai souligné les mots « aidé au besoin de la dilatation du sphincter. » En effet, l'opération que je vais décrire serait encore applicable dans les cas où la tumeur ne deviendrait entièrement accessible, qu'après que la dilatation du sphincter l'a fait notablement descendre. Cet effet de la divulsion de l'anus est bien connu et a été souvent utilisé : Volkmann [3]) et Bardenheuer [4]) ont particulièrement insisté sur sa valeur.

Je supposerai enfin que la lumière de l'intestin, au niveau de la partie dégénérée, soit restée suffisamment large pour permettre le passage d'une grosse sonde et que, par conséquent, le gros intestin

1) O. Zuckerkandl. Ein neues Verfahren, u. s. w., loc. cit., p. 251,

2) J. Hochenegg. Die sacrale Operationsmethode in der Gynäkologie. Arbeiten u. Jahresbericht der k. k. I chirurg. Universitäts-Klinik zu Wien. Schulj. 1888, Wien, 1889, s. 118.

3) Volkmann. Ueber den Mastdarmkrebs, u. die Exstirpatio recti. Samml. klin. Vortr., nr 131, 1878, s. 3.

4) Bardenheuer Die Resektion des Mastdarms. Volkmann's Sammlung klin. Vorträge, nr 298, 1887, s. 7

ait pu être lavé à grande eau, pendant plusieurs jours avant l'opération.

Quelques auteurs ont insisté sur l'avantage qu'il y a, pour extirper la tumeur, à coucher le malade sur le côté : ils reprochent à la position dorso-sacrée avec le bassin élevé, de faire tomber vers le diaphragme, tous les organes sous-diaphragmatiques et notamment les viscères pelviens ; la tumeur rectale prend part à ce déplacement et s'écarte de la plaie opératoire. Il en est tout autrement dans la position latérale : la flexion des cuisses sur le ventre a plutôt pour effet d'abaisser la tumeur, et d'en faciliter l'accès. Pour ma part, je préfère néanmoins opérer dans la position de la taille, parce que la périnéotomie à lambeau s'exécute beaucoup plus régulièrement et plus aisément dans cette position. D'ailleurs l'ascension de la tumeur n'offre ici guère d'inconvénients, attendu qu'il est toujours facile de saisir le rectum dans la plaie de la périnéotomie et de l'abaisser autant que de besoin ; rien ne s'oppose d'ailleurs à ce qu'un aide maintienne la tumeur abaissée vers le périnée, en exerçant une pression continue dans la région hypogastrique ; mais je considère cette précaution comme superflue.

L'opération préliminaire s'exécute d'après le procédé décrit dans le chapitre précédent. Je n'ai que peu de détails à ajouter à cette description générale. Nous avons vu que le maintien de l'index gauche dans le rectum facilite beaucoup la dissection de la partie sphinctérienne. L'avantage qui en résulte est si considérable, que je conseillerai de ne pas s'en passer dans le cas actuel, malgré la présence inévitable, dans le bout inférieur, de matières septiques provenant de la tumeur. Il faudra seulement, pour éviter d'infecter la plaie, placer contre la tumeur un tampon de gaze iodoformée.

L'incision en trapèze, la séparation du bulbe d'avec le sphincter anal, l'incision du bord inférieur du releveur, n'offrent rien de particulier à signaler. En arrivant à hauteur du néoplasme, on le séparera avec le plus grand soin des organes génito-urinaires, autant que possible sans avoir recours à l'instrument tranchant ; aussitôt qu'on aura reconnu le cul-de-sac péritonéal, on l'ouvrira d'un coup de ciseaux, *sans s'occuper de savoir s'il serait possible de décoller le péritoine de la tumeur*, et de faire une résection extrapéritonéale. La boutonnière faite à la séreuse sera couverte par un tampon de gaze iodoformée, et l'on se mettra en devoir d'isoler le segment d'intestin sous-jacent à la tumeur. A cet effet, l'index gauche introduit de nouveau dans le rectum et poussé jusque contre le tampon, fait saillir en avant la paroi rectale antérieure. Les faces latérales de l'intestin se

trouvent ainsi tendues : on les dénude en déchirant avec le doigt le tissu périrectal. Il faut avoir soin de se tenir contre l'intestin ; en s'en écartant, on s'exposerait à passer en dehors du releveur et à se perdre entre ce muscle et l'obturateur interne. Le doigt est alors retiré du rectum et celui-ci, saisi dans la plaie par ses faces latérales est attiré en avant. Avec le doigt en crochet, on passe ensuite derrière l'intestin et on isole ainsi sa face postérieure. Cette dissection circulaire ne doit être faite que dans une étendue de 3 à 4 centimètres, en partant du bord inférieur de la tumeur. Un fil solide est passé autour du segment dénudé et serré à une petite distance du néoplasme. Au moyen d'éponges montées, on fait un dernier nettoyage du bout inférieur et le rectum est divisé transversalement sous la ligature, c'est-à-dire à 2 à 4 centimètres sous la tumeur. Aussitôt le bout périphérique est tamponné de haut en bas au moyen de gaze iodoformée fortement tassée, jusqu'à une petite distance du bord de section.

On introduit ensuite le doigt dans la plaie péritonéale, qu'on agrandit à droite et à gauche jusque sur les faces latérales de l'intestin : on peut se servir de ciseaux ou simplement déchirer la séreuse avec les doigts. Il faut se rappeler l'insertion oblique du péritoine sur les côtés du rectum, et remonter à mesure qu'on le divise. A ce moment, toute la main peut au besoin pénétrer dans la cavité pelvienne et reconnaître l'étendue de la tumeur, les adhérences, etc.

La tumeur et le segment rectal situé au-dessus sont maintenant libres par leur face antérieure ; il s'agit d'isoler leurs faces latérales et postérieure. De la main gauche, on saisit le fil fixé sous la tumeur et, pendant qu'on exerce sur ce fil une traction modérée, l'index droit, introduit dans la plaie, reconnait et déchire une à une les adhérences qui fixent la tumeur latéralement. Si certaines brides demandent un effort trop grand pour céder, il est préférable de les couper aux ciseaux. On attaque de la même manière la face postérieure, et cela, de bas en haut, pendant qu'au moyen du fil, on tire le néoplasme en avant. Aussitôt qu'on a atteint le sommet de la tumeur, on passe au moyen d'une aiguille de Deschamps un fil autour de l'intestin, immédiatement au-dessus de la partie malade, et l'on noue fortement. C'est en tirant maintenant sur les chefs de ce second fil, qu'on va essayer d'abaisser la tumeur et de disséquer circulairement le bout rectal situé au-dessus.

Ce bout rectal supérieur, étant recouvert de péritoine sur ses

faces antérieure et latérales, n'est adhérent que par sa face postérieure. Il est fixé là contre la paroi pelvienne par le mésorectum, composé de deux feuillets péritonéaux de plus en plus intimement accolés à mesure qu'on remonte, et le tissu conjonctif intermédiaire. Pour abaisser la tumeur, il suffit, tout en tirant sur le fil, de faire de bas en haut de petites déchirures dans les deux feuillets péritonéaux, et de détacher avec l'ongle le tissu conjonctif qui relie le mésorectum au bassin. Une entaille insignifiante, faite au mésorectum, permet à la tumeur de descendre notablement. On continue ce travail jusqu'à ce que la tumeur arrive avec son sommet à la surface de la plaie.

Pendant toute cette dissection, on lie les vaisseaux au fur et à mesure qu'ils sont divisés ; si on voit battre çà et là une artère, ou si l'on reconnait une veine volumineuse, on divise le vaisseau entre deux ligatures.

Une ligature élastique (tube à drainage fixé par une pince à pression) est placée sur l'intestin, aussi haut que le permet la division de ses attaches postérieures, et, dans tous les cas, à une distance d'au moins 3 ou 4 centimètres au-dessus de la tumeur. Cette ligature est destinée d'abord à s'opposer à ce que les quelques matières fluides que pourrait renfermer le bout supérieur, ne s'écoulent dans la plaie, au moment où l'intestin sera coupé en travers ; en second lieu, elle permettra d'amener le bout supérieur en contact avec le bout anal, et facilitera ainsi beaucoup le placement des sutures. Lorsque la ligature élastique est bien fixée, la section transversale de l'intestin est faite à 2 centimètres au dessus du néoplasme, par conséquent à 1 ou 2 centimètres sous la ligature élastique. Le segment malade se trouve ainsi réséqué.

La vaste plaie qui résulte de cette opération, mène en arrière, entre les deux bouts du rectum, dans l'excavation sacrée. Au moyen du doigt, on explore toute cette excavation, et on la vide en quelque sorte, en arrachant pièce par pièce le tissu cellulaire qui la tapisse ; on emporte ainsi les nombreux ganglions et vaisseaux lymphatiques qui occupent cette région.

Avant de procéder à la suture circulaire de l'intestin, je recommanderai de pousser une dernière injection abondante dans le bout supérieur, afin de laver encore une fois tout le gros intestin, et d'entraîner le peu de matières qui aurait pu échapper aux lavages précédents. Pour cela, une très-grosse canule à robinet est glissée dans le bout rectal supérieur, pendant qu'un aide déserre un peu la ligature élastique et la reserre aussitôt sur le tube. Celui-ci est mis en communication avec un irrigateur, maintenu à une hauteur

de 1 m. au-dessus de la table d'opération. On laisse pénétrer dans l'intestin tout le liquide que la simple pesanteur peut y faire entrer. Règle générale, la quantité doit être supérieure à 2 litres, et atteint souvent un chiffre beaucoup plus élevé. Pour faire sortir le liquide, il suffit d'abaisser l'irrigateur sous le plan de la table. La canule est ensuite retirée de l'intestin, et l'on glisse à sa place un gros tampon de gaze iodoformée fortement tassée. La ligature élastique est serrée sur ce tampon.

On se servira, pour la suture, de soie fine, et l'on placera une double rangée de points : l'une réunit bout à bout les deux intestins par leurs bords, l'autre, placée par-dessus la première, renverse les bords en dedans, et accole les faces externes (procédé de Lembert-Czerny pour la suture des viscères intra-péritonéaux). Mais il est impossible de placer tous les points par la face externe de l'intestin, comme on le fait dans le procédé de Lembert ; pour la demi-circonférence postérieure, les fils doivent nécessairement être placés par l'intérieur du rectum.

Il est très-avantageux d'achever la suture de la demi-circonférence postérieure, avant de fermer la paroi antérieure. Le bout central étant amené au contact du bout périphérique, par un aide qui tire sur la ligature élastique conservée dans ce but, un premier point est placé au milieu de la face postérieure, et noué dans l'intestin ; il traverse les parois rectales, non compris la muqueuse, à une petite distance du bord. Un point identique est placé de chaque côté sur les faces latérales, et entre ces trois points, on en met autant d'autres qu'il est nécessaire, pour obtenir une occlusion parfaite. On place de la même manière une seconde rangée, mais en traversant l'intestin à une plus grande distance des bords : lorsque cette seconde rangée est serrée, la ligne de suture fait une petite saillie dans la lumière de l'intestin. Je crois recommandable d'attirer les deux bouts de muqueuse par devant cette saillie, et de les réunir par une suture continue au catgut.

A ce moment, les deux bouts d'intestin étant solidement maintenus en contact, la traction sur la ligature élastique n'a plus d'utilité : on l'enlève, ainsi que les deux tampons, et l'on glisse à leur place par l'anus, un très-gros tube entouré de gaze iodoformée, qui doit remplir presque toute la lumière de l'intestin (drain recommandé par Hochenegg après l'opération de Kraske). Ce tube doit dépasser notablement par en haut la ligne de suture ; on s'assure, par la large ouverture qui existe encore dans la paroi antérieure du rectum, que le tube est bien placé, et on le fixe

dans cette position par un point de suture passant par le bord antérieur de la peau de l'anus. On complète ensuite la fermeture du rectum par une double rangée de points placés sur la demi-circonférence antérieure. C'est ici une suture de Lembert-Czerny typique, c'est-à-dire que les fils sont passés par la face externe de l'intestin et que le nœud est fait au dehors. On peut, je crois, se dispenser ici de suturer à part la muqueuse, attendu que la suture est moins exposée à se rompre en avant qu'en arrière, comme l'ont observé Kraske, Hochenegg et d'autres, après la résection sacro-coccygienne.

Toute la plaie est ensuite tamponnée avec de la gaze à l'iodoforme, qui reste en place pendant quelques jours (quatre ou cinq). Au bout de ce temps, le plus grand danger de rupture est passé, et l'hémorrhagie est tarie. Le tampon est alors retiré, et la plaie est suturée par étages, après qu'on a placé, de chaque côté du rectum, un drain qui débouche à l'extrémité postérieure des incisions latérales. Il peut être utile de placer un troisième drain, au milieu de l'incision transversale, entre le rectum et les organes génito-urinaires. Je ne fais que suivre ici le conseil de Billroth qui, parlant de l'opération de Zuckerkandl à propos de l'hystérectomie, recommandait le tamponnement et la suture secondaire [1]).

Telle est l'opération chez l'homme. Si nous supposons chez la femme, une tumeur se présentant dans des conditions identiques, l'opération sera beaucoup plus simple, pour deux motifs : d'abord, parce que la périnéotomie à lambeau donne, chez elle, une plaie encore plus large que chez l'homme, le bassin lui-même étant plus large dans le sexe féminin ; ensuite, parce que le rectum de la femme déborde la pointe du coccyx d'une quantité plus grande que chez l'homme (voir p. 19). On conçoit toute l'importance de cette particularité anatomique, au point de vue de la résection du rectum : d'une part, la tumeur sera plus rapprochée de l'ouverture inférieure du bassin, et d'autre part, le lambeau de la périnéotomie se laissera déjeter plus fortement en arrière, comme je l'ai indiqué plus haut. Abstraction faite de cette plus grande facilité, l'opération n'offre, chez la femme, aucune particularité digne d'être notée.

Mais il arrive que le néoplasme, tout en ayant laissé intact le sphincter et le segment rectal correspondant, a dépassé les limites

1) Sitzungsprotokolle der k. k. Gesellschaft der Aertze in Wien. Wiener klinische Wochenschrift, 1889, nr 9,

de l'intestin et a envahi les tissus voisins. L'extension en arrière, au tissu conjonctif et graisseux de l'excavation sacrée, ainsi que la propagation latérale dans le sinus ischio-rectal, ne compliqueront pas beaucoup l'opération : on arrachera avec le doigt, on excisera au besoin, toutes les parties malades, dans ces régions qui ne renferment pas d'organes à ménager. Il n'y aurait de réelles difficultés, qu'en cas d'adhérences aux parois pelviennes, mais je considère, avec la plupart des auteurs, ces cas comme inopérables. L'extension dans ces directions est d'ailleurs assez rare : le cancer du rectum a plus de tendance à envahir les tissus situés au-devant de lui, les organes génito-urinaires, et spécialement la prostate, moins fréquemment les vésicules séminales, le bas-fond de la vessie. Contrairement à l'opinion générale, qui considère l'extension aux organes génito-urinaires comme contre-indiquant l'opération, quelques chirurgiens, parmi lesquels Bardenheuer, ont cru, depuis l'introduction de la méthode sacrée, ne pas devoir s'arrêter à cette règle, et ont réséqué avec le rectum, des fragments de la prostate, voire de la vessie. Je crois ces opérations peu justifiées et je rejette absolument l'intervention, lorsqu'il s'agit d'enlever un fragment de la vessie. Tout au plus, serait-il permis d'emporter une tranche de la prostate, si cette glande n'était envahie que dans ses couches superficielles, et dans aucun cas, il ne faudrait pousser la prostatectomie jusque dans le canal uréthral : l'écoulement de l'urine dans la plaie où le péritoine est nécessairement ouvert, créerait trop de dangers. Je n'envisagerai donc que l'hypothèse d'un envahissement partiel de la prostate.

Il ne faudrait pas, dans ce cas, vouloir extirper d'une pièce toute la tumeur : il serait préférable de faire la périnéotomie comme si l'adhérence à la prostate n'existait pas, c'est-à-dire diviser la tumeur dans le prolongement de la paroi rectale antérieure. Après résection du rectum, il serait facile d'examiner la prostate, de reconnaître les limites de l'envahissement, et d'emporter de la glande autant de tranches successives qu'il est nécessaire. Après une telle opération, un tamponnement de quelques jours serait particulièrement utile, pour permettre à la plaie prostatique de se couvrir de granulations, avant de procéder à la suture. Le drain médian serait ici de rigueur.

Supposons enfin une tumeur également limitée à la paroi rectale, également perméable à la sonde, mais située plus haut, de telle sorte que par le toucher rectal, on atteigne à peine son extrémité inférieure. La périnéotomie est encore applicable, et s'exécuterait par

le même procédé que plus haut ; mais elle est beaucoup plus difficile et, comme je la crois, dans ces cas, inférieure à l'opération de Kraske, je n'y insisterai pas.

Jusqu'ici, j'ai supposé que le rectum était resté assez perméable. Mais, le plus souvent, le malade ne se décide à l'opération que lorsque les symptômes de sténose ont atteint un haut degré d'intensité. Le passage d'une sonde suffisamment large, pour permettre un lavage convenable de l'intestin, est alors impossible. Dans ces conditions, aucun procédé de suture, aucun artifice pour fixer le bout supérieur et l'empêcher de remonter, ne seront en état d'assurer la réunion. Les matières fécales durcies, qui ont stationné longtemps dans le gros intestin, trouvant la voie libre après l'extirpation de la tumeur, descendront dans le bout supérieur, le distendront et, avant même qu'elles aient franchi la ligne de suture, feront éclater celle-ci. Le mécanisme de cet accident explique ce fait, qu'il se produit souvent dans les premières heures après l'opération, et qu'il est suivi d'une véritable débacle.

Après l'opération de Kraske, on a essayé de conjurer le même danger de deux manières : ou bien, en laissant le rectum ouvert en arrière et en établissant ainsi un anus artificiel sacré (Kraske et d'autres), ou bien en pratiquant, avant l'opération, un anus artificiel iliaque, destiné à dériver toutes les matières (Schede). Après la périnéotomie, l'établissement d'un anus sacré est impraticable, à moins de faire perdre à l'opération tout son caractère. Je n'ai donc à me prononcer que sur l'utilité de la colotomie iliaque préliminaire.

Je reconnais que l'établissement d'un anus iliaque offre certains inconvénients, dont la nécessité de procéder ultérieurement à sa fermeture, n'est pas le moindre. Il peut arriver aussi que le malade refuse l'opération complémentaire, jugeant l'anus iliaque supportable. Je ne crois pas cependant ces inconvénients suffisants pour faire rejeter le procédé. De deux choses l'une, dans le cas de tumeur obturante que j'ai supposé : ou bien, il faut faire la suture complète des deux bouts, et s'exposer au danger formidable de la rupture, ou bien, il faut se résigner à faire un anus artificiel. Aujourd'hui que l'expérience de la première méthode a été suffisamment faite après l'opération de Kraske, je ne pense pas que personne s'y décide encore. Quant à la seconde, je n'ai pas besoin d'insister sur les motifs qui me font préférer l'entérotomie iliaque à l'anus lombaire.

Il serait très avantageux de pouvoir, dans chaque cas particulier, reconnaître, avant d'ouvrir l'intestin, la hauteur à laquelle remonte

la tumeur, et de se guider sur cette constatation pour laisser toujours entre l'anus artificiel et le néoplasme, une longueur d'intestin suffisante pour atteindre le bout inférieur, après résection. Mais, comme la présence de matières durcies, en amont de l'obstacle, peut rendre difficile la délimitation de la tumeur, il vaut mieux ouvrir invariablement la partie supérieure de l'S iliaque, ou l'extrémité inférieure du colon.

Ce segment intestinal est attiré dans la plaie, et suturé tout le long de ses bords par un grand nombre de points isolés 1). Les fils ne doivent comprendre que le péritoine pariétal et le péritoine viscéral, et être placés assez près l'un de l'autre pour que la cavité péritonéale soit hermétiquement close. Quand cette suture, qui doit être faite avec un soin minutieux, est achevée, la plaie musculaire et cutanée est protégée, autant que possible, par des compresses antiseptiques, et l'intestin est ouvert par une incision de 2 à 3 centimètres, parallèle au grand axe de la plaie. Les matières s'échappent. Aussitôt une injection est poussée sous une assez forte pression, successivement dans le bout supérieur et dans le bout inférieur. On ne s'arrête que lorsque le liquide revient clair et qu'on s'est assuré que le bout inférieur est absolument vide. Un gros tampon, muni d'un fil, est alors introduit dans ce bout inférieur par l'ouverture artificielle, que l'on couvre provisoirement de gaze antiseptique.

Ce premier temps achevé, on procède à la périnéotomie et à la résection de l'intestin. Lorsque la tumeur est emportée, et le drain rectal mis en place, on pousse une nouvelle injection dans le bout supérieur, par l'ouverture iliaque ; alors seulement, on retire le tampon qui bouche le segment inférieur, et on y fait passer une injection qui revient naturellement par le drain rectal. On procède enfin à la fermeture de l'anus artificiel.

Cette fermeture ne devrait porter d'abord que sur l'intestin, qu'on clot par une double rangée de sutures Lembert-Czerny. On tamponnera ensuite exactement la cavité en entonnoir qui reste, et dont les parois sont formées par les muscles et la peau, le fond par la paroi intestinale. Ce tampon sera enlevé au bout de 36 à 48 heures, temps suffisant pour produire l'adhérence des feuillets séreux. La plaie pariétale sera enfin réunie à son tour par une suture à étages.

---

1) Comme il s'agit dans l'espèce d'une entérostomie essentiellement provisoire, la méthode ancienne doit être préférée aux procédés modernes, qui tendent à isoler le bout central du bout périphérique (procédés de Madelung-Schinzinger, de König, de Knie, de Maydl, de Lauenstein).

L'opération que je viens de décrire est nécessairement longue. Si le malade était arrivé à un état de cachexie avancée, il pourrait être préférable de pratiquer d'abord la colotomie, et de n'entreprendre l'extirpation que lorsque, au bout de quelques jours, l'opéré a repris un peu de forces.

Il me reste à envisager une dernière hypothèse, et à supposer que le néoplasme, occupant l'anus ou commençant immédiatement au-dessus, ait envahi la région sphinctérienne du rectum, et se soit étendu à une profondeur assez grande, sans que cependant son extrémité supérieure cesse d'être délimitable. Il faudra, dans ce cas, faire l'amputation du rectum.

Je recommanderai ici, pour une raison que j'exposerai plus loin, une périnéotomie un peu modifiée. L'incision transversale de 6 à 7 centimètres est placée au-devant de l'anus, comme dans le procédé ordinaire ; mais, au lieu de faire partir les branches obliques des extrémités de la première ligne, je les en détache plus près de la ligne médiane, au niveau des bords latéraux de l'anus, qu'elles rasent par conséquent. L'ensemble des incisions représente donc la figure  . On traverse toute l'épaisseur du périnée, en se conformant aux règles de la périnéotomie ordinaire. Lorsque le péritoine a été ouvert, on couvre provisoirement la fente, et l'on se met en devoir de libérer les faces postérieure et latérales du rectum. Pour cela, on achève de circonscrire l'anus en arrière, et on divise couche par couche, les attaches postérieures de l'intestin, jusqu'à ce qu'on ait dépassé la tumeur. On peut alors s'y prendre de deux manières : si la tumeur est fortement ulcérée, ou constituée d'une masse molle et friable, on l'emporte sans plus tarder, en sectionnant l'intestin sous une ligature élastique. C'est la ligature qui sert maintenant à faire, sur le bout central, les tractions nécessaires pour l'abaisser. Mais si la tumeur est plus consistante, il y a tout avantage à la conserver jusqu'à ce que l'isolement de l'intestin soit achevé ; elle servira très-utilement de point d'appui pour les tractions, si l'on a soin de l'envelopper de gaze antiseptique. La tumeur enlevée, il s'agit de fixer l'intestin aux téguments. On pourrait, à la rigueur, suturer tout le pourtour de l'ouverture rectale à l'endroit de la plaie périnéale où existait primitivement l'anus. Je crois préférable de l'insérer plus en arrière, dans une incision médiane de 3 à 4 centimètres, partant de la pointe du coccyx, et traversant d'outre en outre les parties molles rétro-rectales, c'est-à-dire, outre la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose périnéale et la portion postérieure du releveur. C'est ce que j'appellerai *l'anus-sous-coccygien*. Il faut que

la suture passe dans le périoste de la pointe du coccyx. La plaie périnéale est alors fermée, de manière que les deux lambeaux latéraux se rencontrent sur la ligne médiane et que la suture ait, dans son ensemble, une forme de T. Ce déplacement des lambeaux latéraux est facile, grâce à la grande laxité des tissus de cette région : on utilise les angles externes de l'incision transversale pour le placement de deux drains passant sur les côtés de l'intestin. Lorsque celui-ci a été suffisamment descendu, la courbe qu'il décrit sur le périnée remplit toute la plaie, et ne laisse pas de place pour un drain médian.

On comprend maintenant pourquoi j'ai modifié l'incision périnéale dans le cas actuel : avec l'incision en trapèze, la perte de substance serait trop considérable pour permettre la suture totale.

Le procédé de Hueter, dont j'ai parlé dans l'historique, et qui a été repris et recommandé vivement par Busch [1]), diffère notablement de celui que je viens de décrire. Il constitue une périnéotomie incomplète, puisque le péritoine est laissé intact. Mais, sans ouvrir le péritoine, il est impossible de faire descendre notablement l'intestin : aussi, l'opération de Hueter n'est-elle applicable, et n'a-t-elle été appliquée qu'à des tumeurs relativement peu profondes.

Un des caractères distinctifs du procédé que je préconise, consiste précisément dans l'ouverture systématique du péritoine, même dans les cas où la séreuse se laisserait séparer de la tumeur. Pour pouvoir abaisser notablement l'intestin, il faut redresser les courbures du rectum, et au besoin, de l'S iliaque, chose impossible quand on respecte le péritoine. Bien plus, l'ouverture du péritoine ne suffit pas, et j'ai été étonné de lire plus d'une fois, à propos de l'opération de Kraske, qu'aussitôt le cul-de-sac péritonéal incisé, le rectum cède à la moindre traction. Je n'ai jamais pu vérifier ce fait sur le cadavre. Il m'a toujours fallu, pour rendre l'intestin mobile, non seulement ouvrir largement le péritoine, mais détacher le mésorectum de ses adhérences au bassin.

Il est inutile de mettre en parallèle la périnéotomie et les procédés anciens d'extirpation du rectum. Non seulement, elle est incomparablement plus facile, parce que c'est une opération à ciel ouvert, mais elle rend abordable des parties du rectum, auxquelles

---

1) Prof. Busch. Die Exstirpation des Mastdarms mit Bildung eines Muskulo-kutanen Perineallappens. Berliner klin. Wochenschrift, 1883, nr 15, s. 219.

les méthodes anciennes ne permettaient pas d'atteindre. Sous ce rapport, elle n'est comparable qu'à la résection sacro-coccygienne.

Lorsque Kraske imagina sa méthode, il n'avait d'abord en vue que de rendre possible l'extirpation de tumeurs occupant le segment supérieur du rectum, celles qu'on avait considérées jusqu'alors comme inopérables. A l'origine, sa première publication en fait foi [1]), c'était là son seul but. Depuis lors, la résection sacro-coccygienne a été pratiquée pour des tumeurs situées relativement bas, et Hochenegg en a voulu faire un procédé général pour l'extirpation des tumeurs rectales [2]). Par contre, Zuckerkandl prétend, dans tous les cas, substituer la périnéotomie à lambeau à l'opération de Kraske.

Je crois que la vérité est entre ces deux opinions extrêmes, et que les deux opérations ont chacune leurs indications spéciales. J'ai acquis la conviction, en les comparant sur le cadavre, que l'opération de Kraske doit rester l'opération de choix pour les tumeurs si élevées, que le doigt n'atteint pas, ou atteint à peine leur extrémité inférieure ; mais que, lorsqu'il s'agit d'un néoplasme moins profond, la périnéotomie présente des avantages sérieux.

Sans doute, la plaie résultant de la périnéotomie à lambeau permet, tout comme l'opération de Kraske, d'introduire la main dans la cavité pelvienne, d'aller saisir l'S iliaque jusqu'à son sommet, et de détruire les adhérences qui le retiennent. Mais, en cas de tumeur très-élevée, la périnéotomie est défectueuse pour l'hémortase. Ce qui donne surtout du sang, si j'en juge par les dispositions anatomiques, et par ce que j'ai vu sur la cadavre, c'est la déchirure du mésorectum et du mésocolon iliaque, qui renferment entre leurs deux feuillets, des vaisseaux, sourtout des veines, très-importants et très-nombreux. Or, la plaie de la périnéotomie laisse voir la source de l'hémorrhagie beaucoup moins bien que la plaie sacrée, placée plus haut. Ce seul fait me paraît suffisant pour faire préférer la résection de Kraske pour les tumeurs situées à une très-grande hauteur.

Mais quand la tumeur n'est pas extrêmement élevée, quand elle occupe par exemple le segment supérieur du rectum, (le toucher rectal n'atteint pas plus haut,) la périnéotomie permet, non seulement d'atteindre, mais de voir la partie du mésorectum qui doit être

---

1) P. Kraske. Zur Exstirpation hochsitzender Mastdarmcarcinome. Arch. f. klin. Chirurgie, 1885, Bd. XXXIII, s. 563. Voir aussi : Verhandl. der deutschen Gesellschaft f. Chirurgie, 1885, II, s. 464.

2) J. Hochenegg. Die sacrale Methode der Exstirpation von Mastdarm-Carcinomen nach Prof. Kraske, Arb., u. Jahresb. der k. k., I chir. Univ. Klinik zu Wien, Schulj. 1888, Wien, 1889, s. 13. — J. Hochenegg. Beiträge zur Chirurgie des Rectums u. der Beckenorgane. Ibid., p. 124.

détachée ; l'hémostase se fera donc aussi facilement que dans la plaie sacrée ; elle se fera même plus facilement pour le segment sous-péritonéal de l'intestin, que la périnéotomie met beaucoup mieux à découvert.

Mais l'avantage capital que présente la périnéotomie sur l'opération de Kraske, c'est qu'elle permet de faire, avec beaucoup plus de facilité et de sécurité, la séparation d'avec les organes génito-urinaires. La dissection du segment rectal sous-péritonéal ne présente aucune difficulté ni aucun danger, pour ce qui regarde la face postérieure et les faces latérales. Mais, en avant, il est intimement uni, par une couche très-mince de tissu conjonctif, à la face postérieure des organes génito-urinaires (je parle de l'homme). Il y a bien l'aponévrose prostato-péritonéale qui les sépare, mais cette lame, d'ailleurs mince, est intimement unie à la prostate et aux vésicules séminales et fait en quelque sorte corps avec elles. La séparation de la face antérieure du rectum est donc une opération assez délicate ; or, dans l'opération de Kraske, le rectum étant abordé par derrière, c'est le doigt recourbé en crochet sous l'intestin qui doit faire cette séparation, et cela, sans qu'on puisse s'aider de la vue : il peut se faire, et l'accident m'est arrivé, même sur le cadavre, qu'on ne reconnaisse pas au premier abord le plan de séparation, et que le doigt aille en tâtonnant labourer soit le rectum, soit les organes situés au-devant de lui. On s'explique ainsi que des chirurgiens aient pu ouvrir la vessie ou accrocher l'uretère. Dans la périnéotomie, au contraire, ce danger n'existe pas, puisqu'elle aborde l'intestin par sa face antérieure, c'est à-dire par la région dangereuse. Toute la dissection se fait ici sous les yeux du chirurgien qui, à tout moment, sait quelles parties il divise, et évitera par conséquent facilement les organes génitaux, en procédant avec prudence. Si par extraordinaire, un accident se produisait, il serait immédiatement reconnu.

Un autre grand avantage du procédé périnéal me paraît consister dans la certitude de maintenir intact le fonctionnement du sphincter. Il semble démontré que l'opération de Kraske peut laisser après elle une paralysie persistante de ce muscle. Bergmann 1) et Koenig 2) estiment même que cette paralysie est la règle. A l'heure actuelle, on ne sait pas encore bien si cet accident dépend de la section des nerfs sacrés, ou de la disparition du point

1) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins, 11 febr. 1889, Berliner klin. Wochenschr., 1889, nr 9, s. 193.

2) Hildebrand. Zur Statistik der Rectumcarcinome. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, Bd. XXVII, s. 329.

d'insertion du sphincter au coccyx. Il nous importe peu d'ailleurs, puisque la périnéotomie évite l'une et l'autre de ces lésions. Elle ne touche pas aux nerfs sacrés et le sphincter, simplement séparé du bulbo-caverneux, conserve toutes ses attaches postérieures. On peut donc affirmer qu'après la périnéotomie, le sphincter, s'il est momentanément relaché par la section de quelques nerfs terminaux, reprendra à coup sûr ses fonctions. Ce point présente une grande importance, puisque la résection de l'intestin, opération longue et laborieuse, ne se justifie que par la conservation de l'appareil sphinctérien.

J'ai recommandé, après la résection, le tamponnement provisoire et la suture secondaire, de préférence à la réunion immédiate avec drainage. J'ai déjà dit que, pour obtenir un accolement aussi parfait que possible des parties divisées, et notamment du releveur, la suture secondaire est préférable à la réunion primitive : nous savons en effet avec quelle facilité, les parties molles, et notamment les muscles, se réunissent par ce procédé. Mais, dans le cas particulier, il y a un autre motif pour en agir ainsi : c'est que la suture intestinale peut toujours sauter, quelles que soient les précautions prises. Or, cet accident n'aura de conséquences graves, que si les matières épanchées ne trouvent pas immédiatement une libre voie d'écoulement au-dehors. Quand la plaie est maintenue ouverte pendant quelques jours, s'il se produit une ouverture dans la ligne de suture (et cela n'arrive que dans les premiers jours), les matières ne pourront pas stagner dans la plaie, ni l'infecter.

Enfin, après l'amputation du rectum, j'ai recommandé l'établissement d'un anus sous-coccygien. Cette manière de faire me parait avoir un triple avantage. On donne à l'ouverture artificielle un point d'appui osseux (pointe du coccyx), qui facilitera beaucoup le maintien en place d'un appareil obturateur. En second lieu, l'intestin, au lieu d'être rectiligne, comme ce serait le cas si on l'abouchait à l'endroit de l'anus normal, décrit une courbe sur le périnée, avant d'aboutir à l'anus sous-coccygien ; cette disposition facilitera la continence. Enfin, les débris du releveur au milieu desquels l'intestin se trouve inséré, pourront peut-être reconstituer à ce dernier un appareil d'occlusion plus ou moins parfait.

CHAPITRE IV.

Application de la périnéotomie au traitement opératoire des maladies de la prostate.

§ I. Prostatite et périprostatite suppurées.

La plupart des auteurs admettent que les abcès prostatiques et périprostatiques doivent, comme tout abcès, être débridés à l'endroit où la fluctuation apparait. Or comme la suppuration prend, dans la très-grande majorité des cas, la direction du rectum, c'est par cet intestin, qu'on est amené, le plus souvent, à conseiller l'incision. Tel est l'enseignement de Guyon [1] de Thompson [2], de Socin [3] etc.

Cependant, dans ces dernières années, on a réagi contre cette manière de procéder. Nous avons vu dans l'historique qu'en 1885, Paul Segond proposa d'ouvrir tous les abcès prostatiques par une incision périnéale, quelle que soit la direction que prenne le pus. Depuis lors, quelques autres chirurgiens se sont déclarés partisans de cette méthode : Jacques Reverdin [4],

---

1) F. Guyon. Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate: Paris 1888, p. 1019.

2) Thompson. Traité pratique des maladies des voies urinaires. Trad. française 1874, p. 351.

3) Socin. Krankheiten der Prostata, in Pitha-Billroth's Hdbuch s. 20.

4) J. Reverdin. De l'incision périnéale dans la prostatite suppurée, Revue méd. de la Suisse romande, 1891, nº 1, p. 5. — Prostatite suppurée, incision périnéale prérectale, guérison rapide. Ibid., 1891, nº 3, p. 187.

Perrin fils, de Châtel-St-Denis [1]), Zeller [2]), Dittel [3]), O. Zuckerkandl [4]), ont publié quelques observations à l'appui. Guyon lui-même, tout en restant partisan de l'ouverture par le rectum, quand l'abcès est limité et bombe franchement à ce niveau, adopte l'incision périnéale pour tous les autres cas. Un de ses élèves, Guilain, a publié dans sa thèse inaugurale [5]) deux cas recueillis dans le service du chirurgien de Necker, et conclut que la périnéotomie, appliquée dans ces conditions, constitue un important progrès.

Avec Segond, j'estime que la périnéotomie est le procédé de choix, qui convient à tous les cas, en particulier lorsque l'abcès tend à perforer le rectum. Sans doute, dans ce dernier cas, la ponction à l'endroit fluctuant est une opération beaucoup plus simple que l'incision périnéale. Le pus vient en quelque sorte au-devant du bistouri, et se trouve, par le fait même, à une certaine distance du périnée, de sorte que, pour lui donner issue en ce point, il faut l'aller chercher. Mais, ainsi que Paul Segond l'a parfaitement démontré, l'incision rectale est nécessairement petite, elle met la plaie en communication avec un milieu essentiellement septique, de manière que le pus, difficilement évacué, pourra continuer à creuser la prostate et perforer l'urèthre, en créant ainsi une fistule urèthro-rectale, dont on connait la difficulté à guérir. De plus, l'incision rectale peut être suivie d'hémorrhagies graves: (Guyon [6]), Le Dentu, Segond [7])).

Je n'insisterai pas sur la technique de la périnéotomie pour abcès de la prostate : j'adopte, sans y rien changer, le manuel opératoire tel qu'il a été décrit par Dittel et par Segond, et qui est identique à celui de la taille prérectale. C'est donc une périnéotomie à lambeau incomplète, que l'on pousse jusqu'au moment où l'on atteint l'extrémité inférieure de la poche fluctuante, en séparant le sphincter du bulbo-caverneux, du bulbe et de l'urèthre

---

1) Perrin. Revue méd. de la Suisse romande, 1890, nº 6, p. 431.

2) H. Zeller. Ueber die Eröffnung tiefer perirektaler Abscesse durch den Perinealschnitt. Bruns'sche Beiträge z. klin. Chirurgie. Bd. III, Heft 2, s. 208, 1887.

3) Dittel. Ueber Prostataabscesse, op. cit.

4) O. Zuckerkandl. Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Prostataabscesse. Wiener kl. Woch., 1891, nr 28, s. 505, nr 29, s. 532.

5) A. Guilain. Contrib. à l'étude du traitement des abcès prostatiques et périprostatiques par l'incision périnéale, Thèse de Paris, 1885, p. 45.

6) Guiard. Annales des mal. des org gén.-ur. 1883, p. 455.

7) Segond. Des abcès chauds de la prostate et du phlegmon périprostatique. Thèse de Paris, 1880.

membraneux. Il sera particulièrement nécessaire ici d'avoir dans l'urèthre une sonde, pour se guider dans cette dissection ; je ne serais pas disposé à suivre la pratique de Dittel qui reconnaît simplement le canal de l'urèthre à sa couleur blanc-grisâtre et à la sensation de tube compressible et élastique qu'il donne au doigt.

Cette périnéotomie incomplète n'exige pas d'incision du releveur, ou, tout au moins, se borne à une petite entaille dans son bord inférieur.

C'est dans le cas où l'abcès, sans avoir franchi les limites de la loge prostatique, soulève la paroi rectale, que sont données les meilleures conditions pour l'exécution d'une périnéotomie typique. Toute la portion infra-prostatique du périnée étant intacte, la dissection du rectum se fera ici absolument comme dans des organes sains. C'est aussi dans ces cas, où l'abcès n'atteint généralement pas de grandes dimensions, qu'il peut être utile de recourir à la manœuvre recommandée par P. Segond[1] : l'index de la main gauche est introduit dans le rectum, accroche la prostate par son bord supérieur, et l'abaisse vers le périnée, de manière à l'amener en quelque sorte à la rencontre du bistouri. Lorsque l'abcès est incisé largement, un doigt introduit dans la cavité reconnait l'état de la glande, s'assure s'il n'existe pas de poches secondaires, qu'il faudrait, dans ce cas, débrider et mettre en large communication avec la cavité principale. Tamponnement antiseptique et sonde à demeure.

Cette opération est bien supérieure à l'incision par le rectum.

1º Elle permet de débrider largement le foyer purulent, et cela à sa partie la plus déclive, et évite ainsi l'extension ultérieure de la suppuration. Dans plusieurs observations de Dittel[2], lorsque la simple ouverture de la collection, devenue superficielle au périnée, avait été impuissante à arrêter la fonte purulente, une périnéotomie méthodique a déterminé une cicatrisation rapide.

2º La périnéotomie rend possible et même facile un traitement antiseptique rigoureux. Le foyer est absolument soustrait à l'action du contenu intestinal. Au besoin, si la cavité purulente est anfractueuse, remplie de tissus gangrénés, on pourra la nettoyer avec la curette, ce qui est impossible dans l'incision rectale.

3º Grâce à la large voie d'écoulement que la périnéotomie donne au pus, elle prévient, en général, l'ouverture en d'autres endroits : l'abcès n'a plus aucune tendance à ulcérer la paroi rectale.

---

1) Bull. et Mém. de la soc. de chirurgie 1885, p. 535.

1) O. Zuckerkandl. Beitrag u. s. w. Wiener klin. Wochenschrift 1891, nº 29, s. 543.

Ce fait a même été vérifié plus d'une fois, alors que la marche vers le rectum était si avancée, que la muqueuse paraissait sur le point de se rompre. (un cas de Segond entr'autres.) Et si, malgré tout, l'ulcération de la muqueuse urèthrale n'en est pas empêchée, du moins la fistule uréthro-périnéale qui se produit, est-elle beaucoup plus facilement curable que la fistule uréthro-rectale qui résulterait, dans les mêmes circonstances, de l'ouverture par le rectum.

4° L'hémorrhagie n'est pas à craindre dans la périnéotomie, ce qui ne veut pas dire qu'on ne puisse pas avoir beaucoup de sang ; mais les dimensions, ainsi que la forme de la plaie, enlèveront toute difficulté á l'hémostase. Au surplus, il n'est pas rare de pouvoir achever l'opération sans hémorrhagie notable. Dans les deux cas de Segond, elle fut insignifiante ; Dittel ne fait mention de la perte de sang dans aucune de ses observations, pas plus que Reverdin, dans les deux cas qui lui sont personnels.

Je passerai rapidement sur les accidents et les complications qui peuvent survenir pendant et après la périnéotomie pour prostatite suppurée. Il est arrivé à Dittel [1]) de déchirer le rectum : la plaie fut immédiatement suturée. Cette conduite serait à suivre, le cas échéant : j'ai exposé plus haut (p. 24) pourquoi la suture me parait indispensable.

Il peut arriver que, pendant le traitement consécutif, la cicatrice en voie de formation ait une telle tendance à se rétracter, et à rétrécir l'ouverture extérieure, que le tamponnement de la cavité en devient difficile. Dittel a également signalé cette petite complication [2]). Il ne faudrait pas hésiter, en pareil cas, à faire une nouvelle incision.

On pouvait prévoir que l'opération ne serait suivie d'aucun trouble des fonctions du rectum, puisque le releveur est à peine atteint. Et de fait, aucun trouble n'a été signalé.

Abcès périprostatique non ouvert. L'opération est encore plus simple, quand la collection purulente a franchi la loge prostatique et a envahi le tissu cellulaire périrectal. Dans ces cas, la tumeur étant plus volumineuse et souvent plus basse, sera d'autant plus facile à atteindre par le périnée. Souvent les abcès de ce genre sont en bouton de chemise, le foyer intra-prostatique primitif communiquant avec le foyer périprostatique par une ouverture plus ou moins étroite. Il faudra s'assurer si cette

---

1) Dittel. Ueber Prostataabscesse, Wiener kl. Wochenschrift, 1889, nº 23, s 459

2) Dittel. Loc. cit. p. 440.

disposition existe, et, au besoin, débrider l'orifice de communication.

Je ne parle pas seulement ici des abcès qui ont une tendance à s'ouvrir dans le rectum, qui laissent par conséquent l'étage inférieur du périnée intact ; ceux qui ont perforé l'aponévrose périnéale moyenne, et qui marchent vers la peau du périnée ou l'ont déjà perforée, doivent également être traités par la périnéotomie, seule capable d'arrêter la suppuration, qu'une simple incision ne peut tarir.

Je ferai remarquer ici que l'on ne devrait pas laisser à la suppuration le temps d'envahir les tissus périprostatiques. C'est au premier indice de suppuration qu'il faudrait intervenir, pour arrêter le travail de désorganisation de la glande. Malheureusement, on ne se décide d'ordinaire à opérer, que lorsque la fluctuation est bien manifeste ; pour l'incision rectale notamment, on ne la pratique que lorsque le rectum a contracté des adhérences avec la poche purulente et que celle-ci proémine franchement dans la lumière de l'intestin. Guyon insiste avec raison sur les inconvénients de cette manière de faire 1). L'incision par le périnée aura l'avantage de pouvoir être faite sans crainte, dès le début de la suppuration ; il n'y a pas ici à attendre que des adhérences se forment : aussitôt que le toucher rectal permettra de reconnaître dans la prostate cette dépressibilité spéciale que Guyon compare à la sensation que donnerait un petit carré d'étoffe mal tendu sur un cadre rigide, il faut ouvrir le périnée.

Abcès prostatique ouvert dans l'urèthre. Il peut se faire qu'un abcès, ouvert spontanément dans l'urèthre, n'arrive pas à la guérison. Le foyer se vidant mal, la fonte purulente s'étend à l'intérieur de la prostate. Il ne faut pas hésiter alors à intervenir par le périnée, de peur que la collection, en creusant de plus en plus en arrière, ne s'ouvre dans le rectum.

Abcès périprostatique ouvert dans le rectum. Il en serait de même si l'abcès, ouvert dans le rectum, spontanément ou au bistouri, continuait à s'étendre, au lieu de marcher vers la cicatrisation. Contrairement au conseil de Guyon, qui recommande dans ce cas d'agrandir le trajet rectal, ce qui peut être dangereux et est loin de conduire sûrement au but, je crois préférable de renoncer à cette voie d'écoulement qui fonctionne si mal, et d'en créer une nouvelle par le périnée : celle-ci sera située à la partie déclive, et sera faite aussi large qu'il le faudra.

---

1) Guyon. Leçons cliniques etc., op. cit. p 1021.

En pareille circonstance, il n'y a pas lieu de se préoccuper de l'ouverture rectale : le bourgeonnement en produira l'occlusion sans difficulté.

Abcès périprostatique ouvert dans l'urèthre et dans le rectum. C'est une terminaison assez fréquente des phlegmons prostatiques abandonnés à eux-mêmes. Les mêmes conditions se trouvent établies, lorsque la collection, déjà ouverte dans l'urèthre, mais se vidant mal, a été incisée par le rectum. Ce sont des cas peu propres à la guérison spontanée, parce que les deux orifices mènent dans une cavité dont ils occupent souvent la partie supérieure, cavité suppurante plus ou moins anfractueuse, que l'exiguité des voies d'accès ne permet pas de traiter localement. Aussi n'est-il pas rare de voir cette forme de lésions mener à la fistule urèthro-rectale. Il est donc très- important d'intervenir radicalement avant que cette terminaison se soit produite, et la meilleure intervention sera encore la périnéotomie, qui aura surtout l'avantage de permettre un traitement local de la poche. On facilitera l'occlusion de l'ouverture urétrale en plaçant une sonde à demeure.

Tuberculose de la prostate. Nous nous sommes occupés jusqu'ici des suppurations aigües de la prostate. Mais il existe une prostatite chronique de nature tuberculeuse, qui donne lieu à la fonte purulente de la prostate, envahit le tissu périprostatique et peut s'ouvrir au périnée, plus rarement dans le rectum. Comme ces collections résultent de la fusion de plusieurs petits abcès juxtaposés, les parois de la cavité sont toujours très-anfractueuses, et il existe des trajets qui décollent quelquefois très-loin le rectum ou la peau du périnée.

La tuberculose prostatique étant ordinairement secondaire, et d'autres localisations coexistant presque toujours, il ne saurait être question d'une guérison radicale. Mais la suppuration continue, l'écoulement défectueux des sécrétions avec les phénomènes de résorption qui en résultent, altèrent souvent l'état général au point qu'une intervention palliative peut être formellement indiquée. Quelquefois d'ailleurs, le succès dépasse les espérances. Bouilly[1]) a présenté à la Société de chirurgie un malade auquel il avait, pour une prostatite tuberculeuse avec fistules multiples et large décollement, fendu les fistules au thermocautère et gratté les parois de la poche avec la curette tranchante. Le résultat était parfait. Il ne restait, au bout de quelques mois, de cette vaste

1) Bull. et mém. de la soc. de chirurgie, 1885, p. 576.

perte de substance, qu'une fistule insignifiante, et l'état général était redevenu excellent. Il est vrai que chez ce malade, aucune autre lésion tuberculeuse n'était reconnaissable.

Dans un cas moins favorable, où il existait des localisations tuberculeuses multiples, Dittel entreprit la périnéotomie. Le malade succomba aux progrès de la tuberculose après quatre semaines; mais l'intervention avait eu du moins pour résultat de supprimer totalement la fièvre [1]).

On serait donc autorisé, en présence d'un cas de cette nature, si l'état général n'était pas trop mauvais, à faire la périnéotomie. Je ne signale d'ailleurs cette application qu'en passant, parce que l'opération perd son caractère, lorsque le périnée est troué de fistules.

§ 2. Hypertrophie de la prostate.

On est généralement d'accord aujourd'hui pour admettre que la variété d'hypertrophie prostatique de beaucoup la plus fréquente, est celle qui atteint à la fois les deux lobes latéraux et le lobe médian ; en d'autres termes, que c'est, le plus souvent, la masse prostatique rétro-uréthrale, dans son ensemble, qui est le siège de la lésion, tandis que la partie préuréthrale de la glande n'intervient que pour une part minime dans la déformation. Il est rare de trouver l'hypertrophie limitée ou seulement prépondérante au lobe moyen, contre lequel est pourtant dirigé le plus grand nombre des opérations imaginées pour le prostatisme. Ces faits résultent à l'évidence des statistiques fournies par Thompson, Vignard [2]), Watson [3]) et des expériences de Dittel [4]).

On peut ranger en deux catégories tous les procédés de cure radicale qui ont été appliqués jusqu'ici à l'hypertrophie de la prostate :

1° La section ou la résection par l'urèthre des parties de la glande qui s'opposent au passage de l'urine. C'est Mercier qui fut le promoteur de cette opération, aujourd'hui tombée justement dans l'oubli, dont les tentatives de restauration de Gouley et de Bottini ne réussiront pas à la faire sortir.

---

1) Dittel. Op. cit. Wiener kl. Woch. 1889, s. 459.

2) E. Vignard. De la prostatotomie et de la prostatectomie. Paris, 1890, pp. 63 à 67 et p. 86.

3) Francis S. Watson. (Boston). The operative treatment of the hypertrophied prostate. Annals of Surgery, 1889, IX, pp. 1—27.

4) Dittel. Prostatectomia lateralis, Wiener klin. Wochenschr. 1891, s. 364.

2° La section ou la résection de l'obstacle par une voie artificielle : les uns ont choisi la voie périnéale, les autres, la voie hypogastrique. Je laisse de côté l'incision et la résection partielle de la prostate par le rectum, proposées récemment par un américain 1) qui ne trouvera certes pas beaucoup d'imitateurs.

Je n'ai pas besoin d'insister sur les motifs qui ont fait abandonner complètement la prostatotomie uréthrale, opération aveugle, ordinairement irrationnelle, puisque la valvule prostatique, qu'elle peut seule attaquer, constitue une rareté pathologique, opération dangereuse par les hémorrhagies qu'elle peut déterminer, et souvent rendue inutile par la récidive qui la suit. Mais je dois m'arrêter un instant aux opérations qui ont été faites par le périnée et par la région hypogastrique.

La prostatotomie périnéale, imaginée par Réginald Harrison de Liverpool 2), consiste à sectionner la prostate dans la plaie de la taille médiane, à dilater l'ouverture avec le doigt et à placer par cette voie un gros drain qui plonge jusque dans la vessie. Malgré la belle statistique de Harrison, qui affirme avoir obtenu 18 guérisons sur 20 cas, cette méthode n'a trouvé que peu de partisans : Meinhart Schmidt 3), Watson 4), Belfield 5), Landerer 6) en ont publié des observations.

D'autres ne se sont pas contentés de sectionner la prostate, ils ont enlevé, par l'incision de la taille périnéale, des fragments de la glande ; ils ont fait une prostatectomie périnéale partielle. Assez souvent, il s'est agi d'ablations accidentelles : ainsi les tenettes, au cours d'une taille périnéale, ont arraché des fragments de la prostate augmentée de volume. Cet accident est arrivé entr'autres à Langenbeck, Thompson 7), Fergusson 8), Dittel 9).

---

1) Robertson. Ctbl. f. Chir. 1892, s. 117.

2) R. Harrison. Lectures on the surgical disorders of the urinary organs. 3e éd. London 1887.

3) Meinhart Schmidt. Zur operativen Behandlung der obturirenden Prostatahypertrophie. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, 1888, XXVIII, 4 u. 5., s. 391.

4) Watson. op. cit.

5) William T. Belfield. The Journal of the Amer. med. Assoc. VII, n° 30, 1886.

6) Landerer (Leipzig). Zur operativen Behandlung der Prostatahypertrophie. Deutsche Zeitschr. für Chir. 1886, s. 5.

7) H. Thompson. Leçons clin. sur les mal. des voies urinaires. Trad. R. Jamin, Paris, 1889, p. 167.

8) Cité par Thompson, loc. cit., p. 167.

9) M. Schustler. Zur operativen Behandlung der Prostatahypertrophie, Wiener kl. Woch., 1888, nr 17, s. 366.

Quelquefois aussi l'extirpation a été faite de propos délibéré, notamment par Thompson[1]), Harrison[2]), Esmarch[3]).

Mais le plus souvent, lorsqu'on s'est proposé d'extirper une partie de la prostate, c'est à la voie hypogastrique qu'on a eu recours. La première opération de ce genre ne remonte cependant qu'à quelques années : elle a été pratiquée en 1885 par Dittel[4]). Depuis lors l'opération a été faite un nombre notable de fois en Allemagne, par Benno Schmidt, Kœnig, Trendelenburg[5]), Kümmel[6]), Helferich[7]), Küster[8]) etc.

En Angleterre et en Amérique, la prostatectomie sus-pubienne a trouvé de nombreux partisans. C'est surtout Mc Gill, de Dublin, qui a fait connaitre l'opération dans son pays[9]). Il fut suivi dans cette voie par Atkinson[10]), Belfield[11]), Mayo Robson[12]), Watson[13]), et beaucoup d'autres. En France, l'opération n'a été faite qu'une seule fois, à ma connaissance, par Guyon[14]). Enfin, dans notre pays, le prof. v. Winiwarter l'a pratiquée sur deux malades[15]).

---

1) Thompson. Op. cit , p. 167.

2) Reginald Harrison. Op. cit., p. 338.

3) Bericht über die Verhandl. der Deutsch. Gesellsch. f. Chirurgie, XX Kongress, 1891, Beilage zum Centralbl. f. Chir., 1891, s. 135.

4) Voir Moritz Schustler, op. cit., p. 366.

5) K. Eigenbrodt. Ueber die Radikalbehandlung der Prostatahypertrophie. Beiträge zur klin. Chirurgie, Bd. VIII, Heft. 1., s. 123.

6) Kümmel. Ueber die operative Behandlung der Urinretention bei Prostatahypertrophie. XVIII chir. Kongr. 1889, Beilage z. Centralbl. f. Chir., 1889, s. 83. — Die operative Behandlung der Prostatahypertrophie. Deutsche medicinische Wochenschrift, 1889, nr 16.

7) Helferich. Ueber operative Versuche zur radikalen Behandlung der typischen Prostatahypertrophie. Münchener med. Wochenschrift, 1889, nr 7.

8) E. Küster. Totalexstirpation der Prostata u. Blase. XX chir. Kongress 1891, Beilage z. Centralbl f. Chirurgie, 1891, s. 133.

9) A. F. Mc Gill. Trans. of the clinical Soc. of London, 1888. p. 52. — Hypertrophy of the prostate and its relief by operation. Lancet, 4 Febr. 1888. — Congrès internat. de Berlin, 1890, Compte-rendu in Revue de Chirurgie, 1890, p. 838.

10) Edward Atkinson. The Lancet 16 Juni 1888, p. 1195.

11) Belfield. Journal of the Amer. med. assoc. 12 March 1887. N.-York med. Record, 10 March 1888.

12) A. W. Mayo Robson. Congrès annuel de l'Assoc. méd. britann Glasgow 1888. — Prostatectomy a sequal to the operation of suprapubic lithotomy. Brit. med. journal. 9 March 1889. — Ibid 1891, p. 841.

13) F. S. Watson. Loc. cit. et Boston med. and Surg. Journal. 7 March 1889.

14) Voir Vignard. Op. cit. p. 113.

15) von Winiwarter. XX Deutsch. chir. Kongress 1891. — Beilage z. Centralbl. für Chirurgie 1891, s. 134.

Toutes ces opérations ont consisté dans l'exécution de la taille hypogastrique ordinaire, et dans l'ablation, par cette voie, de la partie de la glande faisant saillie dans la cavité vésicale. Peu d'opérateurs se sont inquiétés de l'état de l'urèthre prostatique, au niveau duquel siègerait cependant, d'après les idées modernes, la cause la plus fréquente de la rétention. Aussi le résultat a-t-il été souvent peu satisfaisant. Il convient d'ajouter que, d'après Guyon, Thompson, Socin, le processus scléreux, qui caractérise le prostatisme, ne se borne pas à atteindre la prostate, mais envahit, à des degrés divers, toutes les parties du système urinaire. Si l'on admet ces idées, on ne peut attendre une guérison radicale d'aucune opération, mais ce que l'on peut toujours exiger d'une prostatectomie, c'est qu'elle lève l'obstacle au cours de l'urine.

J'examinerai jusqu'à quel point les diverses opérations pratiquées jusqu'ici, permettent d'atteindre ce dernier résultat, jusqu'à quel point, en supposant le principe de l'opération justifié, les procédés mis en usage sont capables d'emporter l'obstacle à la miction.

Il est incontestable que nul procédé opératoire n'est en état d'ouvrir la vessie plus facilement et plus largement que la taille hypogastrique. Mais, dans l'espèce, il ne s'agit pas seulement d'ouvrir la vessie ; la taille n'est ici qu'une opération préliminaire, destinée à conduire sur la prostate. Il me sera facile de faire voir que, pour cet objet, elle est loin d'être parfaite.

La prostate occupe la partie la plus déclive de l'excavation vésicale. Lorsqu'elle a ses dimensions normales, son sommet se trouve sur un plan horizontal qui passerait par le milieu de la hauteur de la symphyse pubienne : elle répond donc à la moitié inférieure de la face postérieure des pubis et, comme elle est solidement fixée dans l'épaisseur du périnée, dont elle fait en quelque sorte partie constituante, les tractions que l'on peut faire sur la vessie ouverte par l'hypogastre, sont impuissantes à la faire remonter. Lorsque la glande est hypertrophiée, l'augmentation de volume doit, il est vrai, avoir pour effet d'amener plus haut son pôle supérieur, mais il faudrait une tuméfaction colossale pour qu'il atteigne le bord supérieur des os pelviens. Je considère donc comme inexact de prétendre que la voie hypogastrique mène directement et facilement sur le champ opératoire ; en réalité, elle mène au-dessus du champ opératoire, et celui ci se trouve dans une excavation, un véritable bas-fond, dont l'accès est d'autant plus difficile qu'il est défendu en avant par un mur rigide. La partie de la cavité

vésicale où l'on est obligé de manœuvrer, est précisément la seule dont la situation et les dimensions soient fixes, invariables, et c'est aussi la plus étroite. Ce qui augmente encore les difficultés, c'est la tendance continuelle que présente la cavité d'une vessie ouverte à s'effacer. J'ai montré ailleurs 1) qu'aussitôt la taille sus-pubienne pratiquée, la paroi postérieure de la vessie cède aux efforts de la pression intra-abdominale, et vient s'appliquer contre la paroi antérieure ; pour qu'on puisse aborder la région du col, on doit faire écarter les deux parois l'une de l'autre, au moyen de larges rétracteurs. On conçoit que cette disposition, sans importance pour la simple extraction d'un calcul, devient une complication sérieuse pour une opération aussi délicate que la prostatectomie.

Aussi a-t-on cherché de divers côtés à faciliter l'accès de la région du col vésical, par l'hypogastre. Sans entrer dans le détail de ces nombreuses tentatives, je dois apprécier en quelques mots leur valeur.

Guyon et son élève Vignard 2) attribuent une grande importance à la distension du rectum par le ballon de Petersen, pour soulever la prostate ; mais si j'en juge par ce que j'ai vu sur le cadavre, l'effet produit par le ballon rectal est surtout un mouvement de bascule que la vessie exécute autour de son col, et qui amène son sommet en avant. S'il est incontestable que, par cette manœuvre, le col se soulève, je n'ai jamais vu ce soulèvement aller aussi loin que l'indique Vignard ; mais, en revanche, j'ai remarqué que la distension du rectum refoule la prostate en avant et la rapproche notablement de la symphyse pubienne, de sorte que le ballon de Petersen peut être plus nuisible qu'utile.

Mc Gill a utilisé pour la prostatectomie sus-pubienne, la position élevée du bassin (Beckenhochlagerung), imaginée par Trendelenburg pour la taille hypogastrique et généralisée plus tard par ce chirurgien pour toutes les opérations intra-abdominales et intrapelviennes. En faisant tomber le paquet intestinal vers la concavité du diaphragme, et en dégageant ainsi le petit bassin, la position de Trendelenburg fait en quelque sorte le vide dans la cavité pelvienne, et la vessie, ouverte par l'hypogastre, reste sphérique : il suffit de maintenir béante l'ouverture de la taille, pour avoir sous les yeux toute la face interne du réservoir 3).

---

1) Ch. Willems. Sur le drainage des uretères. Annales de la Soc. de méd. de Gand, sept. 1891, p. 254.

2) Vignard, loc. cit. p. 89.

3) Consulter entr'autres, sur la position élevée du bassin : Trendelen-

Je considère la position élevée du bassin comme un grand perfectionnement de la technique de la taille par le haut appareil : elle constitue le moyen le plus simple et le plus efficace de rendre abordable la face interne de la vessie ; mais le col n'en reste pas moins derrière la symphyse. J'ai dit plus haut que l'on ne peut guère faire remonter la prostate en tirant sur la vessie ; à plus forte raison, ce déplacement ne saurait-il être amené par la traction relativement faible que la position oblique exerce sur les viscères pelviens.

Je ne pense pas que les difficultés soient beaucoup amoindries par l'incision transversale des parois abdominales, par laquelle Trendelenburg remplace l'incision verticale classique, sans compter que la section des tendons des muscles droits peut être suivie de hernie, quoi qu'on en ait dit.

Bien plus utile me parait être la résection partielle de la symphyse pubienne. J'ai constaté sur le cadavre qu'il suffit d'emporter une faible hauteur du bord supérieur des pubis, pour avoir le résultat voulu, pour pouvoir aborder le segment inférieur de la vessie, non plus par en haut, mais directement en avant. La résection partielle de la symphyse [1]), telle qu'elle a été pratiquée par Helferich [2]), et, après lui, par Heydenreich [3]), Bramann [4]), Koenig [5]), Küster [6]), Israel, Dittel [7]), me paraît suffisante, et je rejette comme inutiles la résection beaucoup plus compliquée et plus grave de Credé [8]), la résection ostéoplastique temporaire

---

burg. Ueber Blasenscheidenfisteloperationen und über Beckenhochlagerung bei Operationen in der Bauchhöhle, Volkmann's Sammlung, nr 355, s. 3, 1890.

1) J'ai conservé le terme de résection de la symphyse, employé par Helferich, tout inexact qu'il est : ce n'est pas seulement la symphyse qui est réséquée, mais la partie adjacente des deux branches horizontales des pubis. Cette rectification faite, on peut maintenir l'expression, qui a le mérite d'être brève.

2) Helferich (Greifswald). Ueber partielle Resektion der Symphyse als Hilfsmittel für Operationen an der Blase. XVII Kongr. d. deutschen Gesellsch. f. Chir. et Langenbeck's Archiv, Bd. XXXVII, Heft. 3

3) Heydenreich (Nancy). De la résection du pubis dans la taille sus-pubienne pratiquée pour ablation d'une tumeur vésicale. Congrès français de chirurgie 1891. Revue de chir., 1891, nº 5, p. 413.

4) Braun (Halle). Partielle temporäre Resektion der Symphyse als Hilfsoperation bei Exstirpation von Blasentumoren, XX chir. Kongr, Berlin 1891. Beilage z. Centralbl. f. Chirurgie, 1891, s. 138. — Bramann. Verhandl. d. chir. Sektion d. 64 Versamml. deutsch. Naturforscher u. Aerzte. Ctbl. f. Chir., 1891, nr 48, s. 945.

5) Congrès allemand de chirurgie de 1888.

6) Küster. Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Chir. XX Kongr. 1891. Beilage z. Centralbl. f. Chir. 1891, s. 133.

7) Ces deux derniers, cités par Albarran: Les tumeurs de la vessie. Paris, 1892, p. 338.

8) B. Credé (Dresde). Eine neue Methode der Exstirpation des Uterus. Arch. für Gynäkologie, Bd. XIV, Heft 3, s, 430.

de Niehans[1]), opération très-délicate, et donnant lieu à des délabrements étendus.

Je me suis assuré aussi que le procédé de résection de la partie inférieure de l'arcade, décrit par W. Koch[2]), et la taille haute sous-pubienne de Langenbuch[3]), s'ils mènent directement sur la région du col, ne donnent qu'une voie étroite et inextensible, abstraction faite de la difficulté technique, surtout de la dernière.

En somme donc, si l'on veut faciliter l'abord de la prostate par la taille hypogastrique, c'est, d'après moi, à la résection partielle de Helferich qu'il faut recourir ; il serait peut être avantageux d'imiter Bramann, qui a fait une résection temporaire, et de la combiner avec la position oblique. Mais j'estime qu'il n'est que rarement indiqué dans le traitement radical de l'hypertrophie prostatique, d'aborder l'organe par la région hypogastrique ou symphyséo-hypogastrique. Ce procédé ne serait à conseiller que dans les cas où l'obstacle résulterait exclusivement d'une portion de la glande faisant saillie dans la cavité vésicale ; mais nous avons déjà vu que cette variété d'hypertrophie est assez rare, et que les troubles urinaires dépendent surtout du changement de forme et de calibre de l'urèthre prostatique, résultant lui-même de l'hypertrophie de ce que j'appellerai la portion sous-vésicale de la glande. Ici, plus de lobe moyen à enlever, plus de barre ou de valvule à inciser : pour lever l'obstacle, il faudrait emporter des fragments de la glande, en arrière et sur les côtés de l'urèthre prostatique, afin de rétablir le calibre de celui-ci. On conçoit que cette manœuvre, si elle n'est pas absolument impossible par la vessie, sera néanmoins d'une exécution fort difficile et fort irrégulière.

Mais en supposant même qu'on réussisse, la plaie résultant de l'opération se trouvera dans d'assez mauvaises conditions pour la cicatrisation. Plus ou moins irrégulière et anfractueuse, elle ne peut être drainée, car on ne saurait appeler un drain le cathéter qu'on peut mettre dans l'urèthre, ou les tubes qu'on peut placer dans la plaie vésicale. Ces moyens ne servent qu'à évacuer l'urine, et les sécrétions, mélangées à celle-ci, stagneront nécessairement à la surface de la plaie prostatique.

---

1) Niehans. Osteoplastische, temporäre Resektion an der Vorderwand des Beckens zur extraperitonäalen Freilegung der Blase und der Nachbargebilde. Centralbl. f. Chirurgie 1888 nr 29, s. 521.

2) W. Koch. Notiz über die Eröffnung der Blase von der Symphysis ossium pubis aus. Berliner klinische Wochenschr. 1888, nr 20, s. 405.

3) Carl Langenbuch. Die sectio alta subpubica. Eine anatomisch-chirurgische Studie. Berlin 1888. Voir aussi : Freie Vereinigung d. Chirurgen Berlins, 7 Nov. 1887. Deutsche med. Wochenschr. 1887, nr 47, s. 1025.

Enfin, si le malade échappe à ces dangers, et si la plaie de la prostate arrive à se cicatriser, la récidive de l'obstacle est fort à craindre. Nous ne possédons en effet aucun moyen de nous opposer aux progrès de l'hypertrophie, et on peut se demander si l'opération, qui ouvre la capsule de la glande, et fait tomber ainsi la seule barrière qui s'oppose à son accroissement, ne peut avoir pour effet de favoriser ce travail d'hypertrophie, en laissant échapper en quelque sorte le parenchyme én voie de prolifération. La récidive a été démontrée par Vignard, après la section d'une barre prostatique. C'est dans ce dernier cas, qu'elle se produira le plus facilement, mais elle pourra aussi se montrer après toute autre prostatectomie sus-pubienne. Pour éviter cette récidive, pour maintenir au canal le calibre que l'opération vient de lui donner, il faudrait que l'on pût y placer à demeure un tube de fort calibre, qui le maintienne béant et même modérément dilaté. Or, après la taille hypogastrique, ce tube doit nécessairement être placé par l'urèthre et, pour être supporté, ne peut pas être serré dans le canal.

La voie périnéale, telle qu'elle a été utilisée jusqu'ici, est-elle plus recommandable ? Elle a incontestablement sur la méthode hypogastrique cet avantage de mettre mieux à l'abri de la récidive, en permettant la dilatation du canal reconstitué. Mais, en revanche, les incisions de la taille périnéale ne conviennent pas à l'extirpation de la prostate. Qu'on choisisse la taille médiane, la taille latérale, ou même la taille bilatérale, c'est toujours par la région membraneuse qu'on pénètre dans la vessie, c'est-à-dire par un canal étroit. Comment pourait-on extirper méthodiquement une tumeur, dans cette plaie à peine suffisante pour le passage des instruments, et où il ne saurait être question de s'aider de la vue ? Tout au plus peut-on, après avoir divisé le diamètre inférieur de la prostate, introduire par cette fente le doigt dans la vessie et arracher pièce par pièce une partie de la glande. Mais cette méthode est trop aveugle et trop peu précise pour qu'elle puisse être recommandée.

Et pourtant, si elle était exécutable, la prostatectomie périnéale présenterait sur l'opération par la voie sus-pubienne, des avantages considérables, indépendament de celui que j'ai signalé. Avant d'entrer dans des détails à ce sujet, et avant d'apprécier la périnéotomie latérale, préconisée dernièrement par Dittel, je décrirai le procédé que je propose. Je crois être le premier à faire connaître un projet d'application de la périnéotomie à lambeau à l'extirpation de la prostate. O. Zuckerkandl ne fait qu'indiquer la manière

de mettre la prostate à découvert [1]). C'est aussi à une simple indication que se borne Hadra [2]).

Dans l'exécution de l'opération préliminaire, qui sera pratiquée d'après le procédé décrit antérieurement, je me contenterai de faire remarquer que les branches latérales de l'incision trapézienne pourront être plus courtes ici que dans la périnéotomie totale : elles doivent cependant atteindre le bord postérieur des tubérosités ischiatiques. On devra redoubler de précaution pendant la séparation du rectum, la saillie de la prostate en arrière rendant plus intimes les rapports des deux organes. La dissection sera faite assez profondément, jusqu'à une distance de 2 à 3 centimètres au-dessus de la prostate, de manière à mettre bien sous les yeux la base des vésicules séminales et la terminaison des canaux déférents. Ce détail est capital, comme on le verra plus loin, pour l'exécution des autres temps de l'opération. Il est inutile d'aller à la recherche du cul-de-sac péritonéal.

La face postérieure de la prostate étant ainsi disséquée, et le rectum maintenu écarté en arrière, on accroche la glande au moyen d'un crochet aigü et on l'abaisse par une traction modérée : la tumeur prostatique sera ainsi attirée sans difficulté dans les parties superficielles de la plaie et y sera maintenue par un aide. Les autres temps de l'opération varieront avec la forme de l'hypertrophie.

Je supposerai d'abord la variété la plus fréquente : l'augmentation de volume, portant à des degrés divers, sur toutes les parties de la glande, mais intéressant surtout les parois latérales et postérieure sans qu'il y ait formation, au niveau de l'orifice uréthral, d'une valvule ou d'une tumeur saillante intravésicale. Si le diagnostic de cette variété a pu être posé sûrement, on peut tenter ce que j'appellerai l'énucléation extra-uréthrale.

Pour bien faire comprendre la manière dont j'opère, je dois rappeler que la prostate hypertrophiée présente sur la coupe une disposition lobulée, qui n'est que l'exagération d'une disposition normale, apparente surtout chez le vieillard. D'après Guyon, « sur une coupe fraiche, on remarque une série de petites masses arrondies ou ovalaires, en nombre plus ou moins considérable, et se déformant par pression réciproque. Elles font saillie sur la surface de section et sont facilement énucléables. On les retrouve dans toutes les parties de la prostate qui deviennent le siège de

1) O. Zuckerkandl. Ein neues Verfahren, etc. s. 252.

2) B. E. Hadra. Perineotomy. Annals of Surgery X n° 5, 1889 p. 335.

l'hypertrophie. Elles présentent la même constitution microscopique que les fibromes glandulaires. L'enveloppe ou capsule est plus épaisse. » 1)

Quelques chirurgiens, Mc Gill, Buckston-Browne, Atkinson, opérant par la voie hypogastrique, ont mis à profit cette disposition du parenchyme glandulaire, et ont été frappés de la facilité de l'énucléation, une fois que la muqueuse vésicale et la coque de la glande étaient incisées. Bien plus, Vignard a montré qu'on peut ainsi énucléer, par l'intérieur de la vessie, la prostate toute entière 2).

C'est cette même propriété du parenchyme prostatique que j'utilise pour faire l'énucléation extra-uréthrale. La prostate étant maintenue fixée à la surface de la plaie périnéale, je fais sur la ligne médiane de sa face postérieure, une incision verticale allant de son bord supérieur à son bord inférieur, et pénétrant à une petite profondeur dans le parenchyme. Le bistouri est aussitôt déposé, et le doigt introduit dans la plaie prostatique, essaie d'accrocher et d'arracher l'un après l'autre les lobules de la glande. Si cette seule incision verticale était insuffisante pour permettre d'atteindre convenablement les lobes latéraux, dans les cas où ceux-ci sont fortement développés, on pourrait y ajouter une incision transversale, tombant sur le milieu de la première. Je vide ainsi toute la prostate, ou du moins les lobes hypertrophiés, et je ne laisse que la paroi uréthrale et la coque extérieure 3). On ne doit pas trop craindre, pendant l'énucléation, de déchirer l'urèthre, car autour du canal, le tissu conjonctif se trouve condensé en une tunique fibreuse aussi résistante que la coque 4). Pendant toute cette manœuvre, je contrôle le résultat obtenu et l'épaisseur de tissu restant à enlever sur les différents points, en maintenant un cathéter dans la vessie. Si certaines parties de la glande résistent au doigt, on peut les enlever avec une curette tranchante, maniée prudemment.

Cette opération, procédant par torsion et par arrachement, s'accompagne généralement de peu d'hémorrhagie. Les chirurgiens que j'ai cités, et qui ont eu recours à l'énucléation par la voie hypogastrique, sont d'accord sur ce point.

---

1) Guyon, Leçons cliniques etc. op. cit. p. 519.

2) Vignard op. cit. p. 91.

3) Le terme coque ne doit pas être pris ici dans le sens de loge prostatique. Il indique la couche superficielle de la glande elle-même, qu'on pourrait appeler par analogie avec d'autres glandes, la couche corticale. Elle fait partie intégrante de la prostate, tandis que la loge prostatique est une enveloppe qui lui est fournie par les aponévroses du périnée.

4) Guyon. Op. cit., p. 518.

L'énucléation, pour atteindre son but, doit être complète, c'est-à-dire que le parenchyme de toute la glande, ou du moins des lobes postérieurs et moyen, doit être enlevé : il ne doit rester qu'une espèce de sac vide autour de l'urèthre. Si on s'arrêtait dans l'énucléation avant d'avoir atteint le canal uréthral, le but de l'opération serait manqué, ce but étant de restituer au canal sa forme physiologique. Nous savons en effet que le canal n'est pas rétréci dant l'hypertrophie, maïs seulement dévié et applati dans l'une ou l'autre direction, suivant le lobe le plus développé. Il faut que ces pressions agissant sur le canal disparaissent, et que celui-ci redevienne libre.

De plus, l'énucléation doit être complète pour mettre à l'abri des récidives : si l'on a conservé un lobule de la glande, il peut devenir le point de départ d'un nouveau processus hypertrophique.

Si l'hypertrophie atteignait un degré tel que la prostate formât une tumeur volumineuse, il serait permis de réséquer un fragment de la coque. Il convient de remarquer cependant que la rétraction cicatricielle fera souvent disparaître l'excès de dimensions du sac restant, et qu'il est fort avantageux de ne pas priver l'urèthre prostatique de ce revêtement protecteur.

L'opération achevée, la poche conjonctive sera suturée de telle manière que les bords de l'incision soient un peu retournés en dehors, et que le contact s'établisse entre les surfaces internes avivées. Une ouverture est ménagée à la partie déclive de la poche, pour le placement d'un drain, qui sortira sur la ligne médiane du périnée ; le reste de l'incision périnéale sera réuni par la suture. On placera à demeure dans l'urèthre une sonde molle de Nélaton de fort calibre,

Si l'énucléation ne réussit pas, et j'ai échoué plus souvent que Vignard, ou s'il s'agit d'une des autres formes d'hypertrophie (tumeur saillante dans la vessie, ou barre prostatique), on sera contraint d'avoir recours à un autre procédé. La face postérieure de la glande étant mise à nu par la périnéotomie, on y pratiquerait une incision médiane postérieure comprenant toute sa hauteur, et pénétrant jusque dans le canal, dans lequel on aurait eu soin de placer un cathéter métallique. Si le cathétérisme était impossible ou trop difficile, on ferait l'incision couche par couche, en faisant rétracter les lèvres de la plaie à mesure qu'on avance. Lorsque la prostate est ainsi fendue dans sa paroi postérieure, on place un crochet aigü dans chacune des moitiés latérales, et les aides, en tirant sur les crochets, font bailler fortement la plaie après que le cathéter a été

retiré. Il est facile alors de constater de visu la nature, le siège exact et le développement de l'obstacle. Si c'est une tumeur pédiculée, on l'enlève d'un coup de ciseaux ou avec le thermocautère. S'il s'agit d'une tumeur sessile, ou de ce soulèvement de la paroi postérieure qu'on désigne sous le nom de barre prostatique, l'incision longitudinale aura divisé la saillie en deux fragments qui seront successivement vidés par énucléation, si la chose est possible, ou réséqués au thermocautère, y compris la muqueuse. Tout le restant de la prostate doit être alors énucléée, pour peu qu'il y ait augmentation de volume. J'insiste sur ce fait : une opération radicale ne doit pas se contenter d'enlever la partie de la glande qui constitue l'obstacle au moment de l'intervention ; elle doit tâcher d'éviter que d'autres portions, subissant à leur tour le travail hyperplasique, ne viennent ultérieurement prendre la place du lobe réséqué. La prostatectomie doit donc être complète. Mais ici la coque prostatique sera en communication avec l'urèthre largement ouvert : aussi faut-il assurer l'écoulement de l'urine. On placera une grosse sonde molle à demeure ; la plaie prostatique sera tamponnée au moyen de gaze iodoformée, de même que la plus grande partie de l'incision périnéale : on ne réunira par la suture que les branches latérales.

A une période avancée de la maladie, lorsque la prostate est entièrement sclérosée, l'énucléation deviendra impossible. On modifiera alors le procédé en évidant la glande au bistouri, en enlevant de chaque côté de la section verticale, un coin comprenant la majeure partie des lobes latéraux. La partie restante de la glande est ainsi creusée d'un vaste cratère, dont le fond est formé par l'urèthre fendu. On ne conserve de la prostate que la paroi antérieure, participant généralement peu à l'hypertrophie, et une mince couche externe des faces latérales, laissée en place pour éviter le plexus de Santorini. La plaie qui résulte de cette opération sera traitée comme dans le cas précédent : sonde à demeure et tamponnement.

J'attribue aux procédés de prostatectomie périnéale que je viens d'exposer, une supériorité réelle sur les méthodes usitées jusqu'ici :

1° La périnéotomie mène sur la prostate par le chemin le plus court, et constitue la méthode la plus simple de mettre cette glande à découvert. J'ai déjà insisté sur la facilité de l'opération et sur la situation superficielle que la prostate occupe dans la plaie. L'abaissement de la glande est rendu possible par l'incision du plancher sur lequel elle repose. Rien de plus facile, quand on a ainsi l'organe largement sous les yeux, de pratiquer sur lui telle opération qu'on veut. J'ai montré l'infériorité de la taille hypogastrique, à ce point de vue.

2° La périnéotomie permet d'aborder la prostate par sa face extérieure. Or, si l'on en excepte l'ablation d'un lobe médian pédiculé, la prostatectomie est incomparablement plus facile et plus sûre, quand on l'entame de dehors en dedans que lorsqu'on la fait par l'intérieur de la vessie. L'extirpation totale de la glande est à la rigueur exécutable par cette dernière voie, mais c'est une opération difficile et dangereuse. S'il faut recourir à l'instrument tranchant, les difficultés deviennent presqu'insurmontables. Comment guider le bistouri au fond de cette excavation qu'il faut creuser de haut en bas ; comment savoir le moment précis où l'on est arrivé aux limites de la prostate, et où un coup de bistouri de plus entamerait le rectum ?

3° La périnéotomie conduit sur cette partie de la prostate que l'hypertrophie atteint de préférence, et dans laquelle réside le plus souvent le véritable obstacle aux fonctions urinaires. L'incision verticale médiane, par laquelle je conseille de commencer toujours, a d'abord pour but de faire reconnaître la forme et l'étendue des lésions, ainsi que le genre d'opération qu'il convient de pratiquer. Je puis affirmer que lorsque les bords de la fente sont écartés, il est aussi facile d'examiner les parties, que si la pièce se trouvait étalée sur la table d'autopsie. Tout le canal prostatique est accessible à la vue, depuis l'orifice uréthral jusqu'à la région membraneuse. A droite et à gauche, on aperçoit les lobes latéraux, la saillie plus ou moins forte qu'ils font dans l'uréthre et, comme on voit en même temps leur face externe, on juge facilement de leur degré d'hypertrophie.

Malgré les avantages qui résultent de cette incision intra-uréthrale, j'ai recommandé de ne pas pénétrer dans l'uréthre quand on a pu reconnaître que l'hypertrophie est limitée au segment postérieur de la prostate, et quand le parenchyme se laisse assez facilement énucléer. Laisser l'urèthre intact, c'est mettre la plaie opératoire dans des conditions exceptionnellement favorables à la cicatrisation, à l'abri de toute souillure par l'urine. Il va sans dire qu'on ne doit avoir recours à ce procédé, que lorsqu'on parvient à bien dégager l'urèthre prostatique sur tout son pourtour, et sur toute sa hauteur. Si l'énucléation présente la moindre difficulté, il est indiqué d'inciser le canal.

Après la prostatectomie extra-uréthrale, il n'est pas à craindre que l'obstacle se reproduise. En effet, la guérison se fera par un mécanisme analogue à celui que W. Roser a indiqué pour l'uréthrotomie externe. L'urèthre, libéré de la tumeur prostatique qui

l'englobait, se trouvera bientôt entouré de tous côtés d'un tissu cicatriciel, dont la force de rétraction, agissant perpendiculairement à la paroi du canal, aura une tendance à rapprocher cette paroi de la périphérie, et à produire ainsi plutôt une dilatation. Le mode de guérison serait encore le même après l'opération intra-uréthrale.

4° Enfin, si, pour un motif quelconque, l'extirpation n'a pu être que partielle, il sera du moins possible de s'opposer à la récidive : la plaie périnéale permettra le placement d'un tube aussi gros qu'il est nécessaire. Il est vrai que les canaux éjaculateurs, compris dans le tissu prostatique, seront inévitablement détruits ; mais à l'âge où ces opérations peuvent devenir nécessaires, les fonctions génitales sont en général éteintes. En tout cas, on ne peut pas faire un grief de cette lésion à mon procédé, puisqu'il en est fatalement de même dans toute prostatectomie complète.

Mes recherches m'ont fait considérer la périnéotomie à lambeau comme conduisant sur la prostate beaucoup plus facilement, plus directement et plus largement que les périnéotomies linéaires. Je dois cependant dire un mot de la prostatectomie latérale de Dittel [1]). S'appuyant sur ce fait que le plus souvent les difficultés de la miction résultent de l'hypertrophie des lobes latéraux, Dittel résèque un fragment de ces lobes, en abordant la glande par la périphérie, et en laissant intact l'urèthre prostatique. Un cathéter étant maintenu dans la vessie, et un tampon dans le rectum, l'opérateur fait une incision parcourant la ligne ano-coccygienne, contournant l'anus et aboutissant au raphé périnéal. Il pénètre ainsi dans le sinus ischio-rectal, sépare le rectum de la prostate avec des instruments mousses, et dénude les deux lobes latéraux de la glande. Il excise ensuite de chacun de ces lobes, un fragment en forme de lambeau ou de coin, comme s'il s'agissait d'extirper une tumeur du parenchyme prostatique, et de façon qu'il ne reste autour du canal qu'une mince couche de tissu glandulaire.

Il s'agit, comme on voit, d'une périnéotomie latérale, ayant beaucoup d'analogie avec le procédé que Sänger a recommandé chez la femme, pour l'extirpation des tumeurs intrapelviennes. Elle ressemble également aux opérations de Wölfler et de E Zuckerkandl, mais elle remonte moins haut que ces dernières.

Il y a à considérer dans la prostatectomie de Dittel, deux points différents : l'opération préliminaire et la résection de la glande.

---

[1]) von Dittel. Prostatectomia lateralis, Wiener klinische Wochenschrift 1890. nr 18 u. 19, s. 339, u. f.

L'opération préliminaire procure une voie beaucoup moins directe que la périnéotomie à lambeau. L'incision de Dittel atteint d'abord la face postérieure et la face latérale du rectum, qu'il doit contourner sur une bonne moitié de sa circonférence, avant atteindre la prostate. Le chemin est donc tout-à-fait détourné. Il est aussi beaucoup moins large que celui de la périnéotomie à lambeau ; le rectum obstrue cette plaie, qui ne se laisse pas largement ouvrir. Dittel lui-même reconnaît implicitement ce défaut d'espace, puisqu'il dit [1]) que lorsque la prostate atteint un grand volume, il est nécessaire de réséquer le coccyx.

Quant au procédé de résection employé par Dittel, je lui trouve aussi des inconvénients : d'abord, c'est une résection incomplète, et j'ai suffisamment insisté sur la nécessité d'extirper tout le parenchyme ; ensuite, le procédé de Dittel sera nécessairement impuissant, dans les cas, rares il est vrai, où le lobe moyen hypertrophié et saillant constitue, seul ou avec les autres parties de la glande, la partie obturante. Dans ces conditions, le chirurgien de Vienne propose de faire deux opérations, la taille hypogastrique pour l'enlèvement du lobe moyen, et la prostatectomie latérale pour l'ablation des lobes latéraux. Ai-je besoin d'insister sur la gravité de cette double opération, et sur la difficulté qu'on aura à la faire accepter des malades. Combien plus simple, plus radicale et plus bénigne à la fois, serait la prostatectomie faite dans l'incision à lambeau, qui convient à toutes les formes d'hypertrophies, permet une extirpation totale, et s'achève en un temps, dans une séance.

Küster a pratiqué trois fois sur le vivant la prostatectomie latérale [2]). Il déclare que les résultats furent merveilleux, et pense que c'est une opération très-recommandable. Je puis invoquer ces faits à l'appui de mon procédé, basé sur le même principe, mais certainement plus complet. D'un autre côté, chez deux des opérés de Küster, l'urèthre fut lésé, et il en résulta une fistule. Cet accident est, pour moi, la preuve que la périnéotomie de Dittel fournit une voie insuffisante, et met mal la prostate à découvert.

On sait qu'un grand nombre de chirurgiens rejettent les opérations radicales dans le traitement de l'hypertrophie prostatique, et s'en tiennent aux opérations dites palliatives : la ponction hypogastrique

---

1) Dittel. Op. cit. Wiener kl. Wochenschr., nr 19, p 366.

2) E. Küster. Congrès international de Berlin, 1890. Revue de chirurgie, 1890. p. 837.

— Neue Operationen an Prostata u. Blase. XX chir. Kongr. Berlin, 1891. Centralbl. f. Chir. 1891, Beilage, s. 132.

avec canule à demeure, défendue dans notre pays par M. le prof. Deneffe, et à l'étranger par Nussbaum, Dittel, Fehleisen; la taille hypogastrique suivie de drainage, préférée par Thompson, Guyon, Poncet; la boutonnière périnéale, prônée par Braun.

Voici un procédé nouveau qui pourrait peut-être prendre place à côté de ces trois méthodes : c'est l'application de la périnéotomie au drainage de la vessie. L'opération serait faite de la manière suivante : Périnéotomie à lambeau d'après les règles ordinaires, séparation de la prostate d'avec le rectum, et dénudation du cul-de-sac vésical, qui existe toujours derrière la prostate hypertrophiée. On reconnaitrait alors, couchés sur la face postéro-inférieure de la vessie, les vésicules séminales et les canaux déférents, accolés l'un à l'autre dans une étendue d'environ 1 centimètre. La prostate étant bien maintenue fixée, et une certaine quantité de liquide distendant la vessie, on y plongerait un trocart de petit calibre, obliquement en haut et en avant, pour éviter éventuellement le lobe moyen. La ponction serait faite exactement sur la ligne médiane, et à 2 centimètres au-dessus de la prostate, pour éviter la partie commune des canaux déférents. La canule du trocart serait ensuite remplacée par un tube en caoutchouc demi-rigide, fixé à demeure et muni d'un robinet. La plaie opératoire serait suturée en totalité.

L'avantage capital que ce procédé me semblerait offrir, serait de permettre l'écoulement total de l'urine, de s'opposer à la rétention incomplète, que le drainage hypogastrique et la boutonnière périnéale sont incapables d'éviter, puisqu'une certaine quantité d'urine peut encore stagner derrière la prostate. J'ai pu démontrer sur le cadavre, par une expérience simple, qu'il n'en serait pas de même avec le procédé dont j'ai parlé. Après avoir fait la ponction dans le triangle de Lieutaud par la plaie de la périnéotomie, j'ai fait arriver de l'eau dans la vessie, goutte à goutte, par l'un des uretères ; j'ai vu les gouttes, à mesure qu'elle sortaient de l'uretère, tomber pour ainsi-dire directement dans la canule. Il n'en reste pas une seule dans la vessie, qui est ainsi mise parfaitement au repos. L'expérience réussit également bien, quelle que soit la position donnée au sujet, et n'est altérée en rien par la suture du lambeau périnéal.

Cette expérience démontre que le drainage de la vessie d'après ce procédé, serait certainement plus parfait qu'avec les méthodes usuelles, parce qu'il ouvre le réservoir en son point réellement le plus déclive. La clinique devrait nous apprendre si cet avantage

est suffisant pour donner à la périnéotomie le pas sur la ponction hypogastrique, opération très simple et absolument inoffensive.

§ 3. Tumeurs malignes de la prostate.

C'est Billroth qui semble avoir le premier pratiqué l'extirpation de la prostate cancéreuse [1]). Il eut recours à la taille médiane: la tumeur, occupant la partie moyenne de la glande, et proéminant fortement dans la vessie, ne put être enlevée en totalité. Harrison [2]) également recourut à la boutonnière. Dans une observation publiée par Bardenheuer [3]), il fut fait une incision d'abord médiane, puis circonscrivant l'anus, comme pour l'extirpation du rectum. L'intestin fut alors disséqué, le sphincter fendu en arrière et l'organe écarté vers le sacrum. L'espace obtenu était relativement grand et l'extirpation totale de la prostate fut ainsi rendue facile. Malheureusement, pendant cette opération, le rectum fut déchiré et le malade conserva une fistule.

Dans quelques autres cas, c'est l'incision prérectale qu'on a utilisée. Spanton [4]) tenta d'extirper de cette manière un sarcome gros comme une tête d'enfant (!) ; la paroi du rectum se déchira pendant les tentatives de dissection, et l'opération dut être laissée inachevée.

Leisrink [5]) extirpa un cancer de la prostate ayant à peu près le volume d'une pomme, dans une incision arciforme, passant devant l'anus, et réunissant une tubérosité ischiatique à l'autre. L'hémorrhagie fut abondante et le malade mourut d'épuisement. A l'autopsie, on trouva la grande plaie bien aseptique.

A la clinique de Czerny à Heidelberg, l'extirpation de la prostate, pour tumeur maligne, a été faite deux fois. Dans le premier cas [6]), on fit d'abord la taille hypogastrique, mais l'ablation étant reconnue impossible par cette voie, on termina l'opération dans une

---

1) Winiwarter. Beiträge zur Statistik der Carcinome, u. s. w., s. 272.

2) Harrison. Abstract of a clinical lecture on a case where a scirrhus carcinoma of the prostate gland was removed. Lancet, 20 sept. 1884.

3) Bardenheuer. Exstirpation eines Carcinoms der Prostata. Interessante Capitel aus dem Gebiete der Peritonealchirurgie. Cöln, 1887, s. 197.

4) Spanton. Large sarcomatous tumour of prostate gland, excision, fatal result, remarks. Lancet, 24 Juin 1882, p. 1032.

5) Leisrink und Alsberg. Beiträge zur Chirurgie. Langenbeck's Archiv. XXVIII, s. 578.

6) A. Stein. Ueber die Exstirpation der Prostata wegen maligner Neubildungen, Congrès Allemand de chirurgie 1889 et Langenbeck's Archiv. 1889. XXXIX Heft 3, s. 537.

incision courbe placée devant l'anus. Il y eut une hémorrhagie veineuse abondante, et la dissection fut difficile, ce que Czerny attribua à la profondeur de la plaie.

Dans le second cas, le procédé employé fut analogue à celui de Bardenheuer: incision périnéale postérieure et résection du coccyx, deuxième incision circonscrivant l'anus et se prolongeant en avant, jusqu'à la racine des bourses ; isolement du rectum. La tumeur ayant envahi l'intestin, celui-ci fut réséqué avec la prostate.

Comme on le voit par cette énumération, l'extirpation de la prostate n'a été totale que dans 4 cas, notamment celui de Bardenheuer, celui de Leisrink, et ceux de Czerny. Les autres observations sont des exemples d'extirpation partielle, les dimensions du néoplasme rendant impossible une opération radicale. (Billroth, Spanton.)

On conçoit que l'ablation complète ne sera possible qu'à une période assez rapprochée du début, alors que la tumeur, de volume modéré, n'a pas encore envahi les organes voisins. D'après Stein, on rencontrerait des cas de ce genre plus fréquemment qu'on ne l'admet en général.

La simple incision de la taille prérectale est évidemment insuffisante. La voie hypogastrique est également à rejeter : tous les inconvénients que nous lui avons reconnus en cas d'hypertrophie prostatique, existeraient à fortiori en cas de tumeur maligne, ordinairement très adhérente au rectum [1]).

C'est donc par en bas, par le périnée, qu'il faudrait extirper la prostate cancéreuse. Une première règle à observer, c'est de faire une plaie large, non seulement parce qu'il s'agit, en général, de tumeurs ayant atteint déjà un certain volume, mais parce qu'il est important de mettre bien les organes voisins à découvert, de manière à reconnaitre jusqu'où s'étend exactement la lésion. Une incision prérectale, circonscrivant simplement l'anus, donnera donc trop peu de jour, et il n'est pas étonnant que lorsqu'on y a eu recours, on ait rencontré de grandes difficultés. L'observation de Spanton n'est pas démonstrative à cet égard, la tumeur ayant atteint un volume tel, que l'extirpation par n'importe quel procédé, devait nécessairement échouer. Dans le premier cas de Czerny, où le volume de la prostate était beaucoup moindre, il fut noté également que l'opération fut longue et très-pénible, ce qu'on attribua à la profondeur de la plaie. Mais si la plaie était profonde, c'est qu'on

1) Engelbach. Les tumeurs malignes de la prostate. Thèse de Paris 1888, p. 27.

l'avait faite trop étroite ; nous avons vu déjà qu'une périnéotomie bien faite doit permettre d'attirer la prostate tout-à-fait à la surface de la plaie. Leisrink seul a suivi cette règle.

C'est donc une large périnéotomie à lambeau qu'il faudrait faire. Je ne donnerai pas de règles générales pour l'extirpation de la tumeur, parce que les cas que l'on pourra rencontrer sont trop sujets à varier.

§ 4. Ruptures de la prostate.

La pratique généralement suivie dans le traitement des ruptures traumatiques de la prostate, consiste à faire l'opération de la boutonnière. Cette conduite a été conseillée notamment par Braun d'Iena. Récemment, Montaz a proposé de remplacer l'uréthrotomie par la taille hypogastrique [1]. Il estime que la boutonnière est une opération extrêmement difficile, quand elle est pratiquée pour déchirure de l'urèthre et que, même si l'opération réussit, tout danger n'a pas disparu, une certaine quantité d'urine pouvant encore filtrer en dehors de la sonde, et passer par la plaie prostatique, préparant ainsi une fistule difficilement curable. Pour Montaz, la taille hypogastrique, en admettant même qu'on ne puisse mettre la sonde à demeure, supprime la rétention, et empêche ainsi le passage de l'urine par la plaie prostatique. J'avoue ne pas bien saisir la portée de ce dernier argument. Je me demande comment la taille hypogastrique, mieux que la taille périnéale, empêcherait l'urine de passer par la plaie prostatique. C'est au contraire un fait d'observation, reconnu de tous les lithotomistes, qu'il est impossible de drainer entièrement la vessie par une seule voie, et c'est même à propos de la taille hypogastrique que ce fait a été le plus souvent signalé.

Mais le danger n'est pas dans l'écoulement par la plaie prostatique, il réside dans le passage de l'urine à travers l'ouverture rectale, et dans l'imminence d'une fistule recto-vésicale. Or, c'est précisément ce dernier danger qu'évite la périnéotomie transversale. Que l'on sépare par dissection le rectum de la prostate, on aura transformé la plaie recto-vésicale en deux autres, recto-périnéale et vésico-périnéale. La première pourra être suturée, la seconde drainée ; on sera donc arrivé au même but qu'avec la taille hypogastrique, mais il n'y aura qu'une ouverture dans la vessie, et, de

1) Montaz. De la taille hypogastrique appliquée aux ruptures traumatiques de la prostate. Revue de chirurgie, 1888, p. 587.

plus, on aura fait ce que la taille hypogastrique ne peut pas faire, on aura évité la fistule.

Il reste à savoir si le reproche de difficulté qu'on fait à l'uréthrotomie externe, est applicable à la périnéotomie. Dans l'uréthrotomie externe, on va à la recherche de la déchirure prostatique, dans une plaie relativement petite, sans guide, au milieu du sang : c'est réellement une opération laborieuse et très-incertaine. Mais la périnéotomie ne diffère pas seulement de l'opération de la boutonnière par la direction et l'étendue de l'incision ; elle ne s'occupe pas, comme la boutonnière, de rechercher d'emblée la plaie prostatique ; elle ne s'attache d'abord qu'à séparer le rectum de la prostate, et cela sera toujours assez facile, quelles que soient les lésions. Une fois le bord supérieur de la glande franchi, la recherche des ouvertures anormales sera singulièrement facilitée par l'écartement du rectum. Ceci ne ressemble plus du tout à une uréthrotomie : toute la face postérieure de la prostate, la face antérieure du rectum sont libres, peuvent être examinées dans tous les sens. J'admets cependant que, dans certains cas, les plaies de la prostate, irrégulières, en fente, pourront encore échapper ; mais il suffirait de pousser une injection par la méat pour les voir apparaître. Et si cet expédient ne réussissait pas, on tenterait le cathétérisme et cette fois, ayant tout le canal sous les yeux, voyant arriver la sonde à travers l'urèthre, pouvant la guider avec la main portée dans la plaie périnéale, on arrivera souvent à la conduire dans la vessie. Là est la grande supériorité de la périnéotomie sur la taille hypogastrique : c'est qu'en rendant le cathétérisme plus facile, en permettant de voir la sonde, elle fera souvent éviter d'ouvrir la vessie.

Mais supposons que les dégats soient tels que la sonde, ainsi guidée, ne trouve pas encore le chemin de la vessie. Il faudra bien alors se résoudre à tenter le cathétérisme rétrograde et, par conséquent, à ouvrir la vessie. Mais il suffira pour cela de séparer le rectum un peu plus haut, et de mettre à découvert dans la plaie le bas-fond vésical, d'après le procédé que je décrirai plus loin. De cette manière, la périnéotomie mènera toujours au but, quelles que soient la nature et l'étendue des lésions.

CHAPITRE V.

Application de la périnéotomie à l'ouverture de la vessie.

§ I. Tumeurs de la vessie.

Il est nécessaire, pour bien comprendre la valeur relative des différentes méthodes d'extirpation des tumeurs de la vessie, de se rappeler leurs caractères anatomiques essentiels, et surtout leurs rapports avec la paroi de l'organe.

Jusque dans ces derniers temps, on admettait généralement que, dans la vessie, les tumeurs bénignes sont notablement plus fréquentes que les tumeurs malignes. Thompson indiquait la proportion de 60 %, Guyon[1]), se basant exclusivement sur l'examen histologique, pense, au contraire, que les néoplasies malignes présentent à peu près la même fréquence que les bénignes. Ces opinions contradictoires s'expliquent parce qu'autrefois on confondait sous le nom de tumeurs villeuses cancers villeux, des productions de nature très-diverse et parce qu'une tumeur vésicale peut, avec le même aspect macroscopique, offrir une structure histologique très différente[2]).

D'ailleurs, cette distinction, essentielle dans toute autre région, ne présente pas la même importance pour les tumeurs de la vessie.

1) Guyon. Leçons cliniques etc. p. 342.

2) J. Albarran. Les tumeurs de la vessie, p. 46.

On sait, en effet, que même les néoplasmes que leur nature histologique oblige de ranger parmi les tumeurs malignes, ont souvent une durée très-longue, et restent ordinairement limités au réservoir urinaire. Cette marche insolite trouve son explication dans une disposition anatomique particulière à la vessie : il résulte en effet des recherches de Sappey, que la vessie serait entièrement dépourvue de vaisseaux lymphatiques, d'où le défaut de tendance à la généralisation des néoplasmes et même à la propagation aux organes voisins. Mais, en revanche, on a vu des tumeurs manifestement bénignes, se reproduire après l'ablation. La distinction des tumeurs en implantées et en infiltrées, d'après la classification de Guyon, ne nous sera non plus d'aucune utilité au moment d'intervenir, puisque les moyens d'investigation dont nous disposons au cours d'une opération, ne nous permettent pas de recon naître jusqu'à quelle profondeur la paroi vésicale est envahie par le néoplasme.

Une autre donnée qui présente une grande importance pour l'intervention chirurgicale, résulte de la localisation des lésions. Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que la région de la vessie qui est le plus souvent le siège de la tumeur, est le trigone de Lieutaud. Sur 18 pièces, Guyon [1]) a trouvé 13 fois cette localisation. Sur 87 cas où le siège est indiqué dans le mémoire de Féré, 76 fois la tumeur occupait le bas-fond [2]). C'est donc bien là le siège de prédilection des tumeurs vésicales : puis vient le col, puis la face postérieure. Les faces latérales, la face antérieure, ainsi que le sommet, sont rarement envahis [3]). Au point de vue des localisations des néoplasmes, Guyon compare la vessie à « une sorte de boite sphérique, divisée par un plan horizontal en deux hémisphères, dont le supérieur, mobile, représentant le couvercle, est habituellement indemne, tandis que l'inférieur, fixe, qui représente le fond, est le siège habituel des productions néoplasiques [4]) ».

De ces données anatomo-pathologiques se dégage une importante conclusion : c'est que l'extirpation des tumeurs portera presque toujours sur le segment de la vessie le plus important au point de vue fonctionnel, et le plus intimement uni aux organes voisins, et que, d'autre part, l'impossibilité de reconnaître exactement

---

1) Guyon. Leçons cliniques, etc , op. cit. p. 334.

2) Féré. Du cancer de la vessie. Mémoire couronné. (Prix Civiale.) 1881.

3) Albarran (op. cit., p. 50) est arrivé à des conclusions un peu différentes : pour lui, ce n'est pas le trigone qui serait le plus souvent atteint, mais la zône moyenne de la paroi postérieure.

4) Guyon. Leçons cliniques, etc., p. 335.

la nature et les limites du néoplasme, obligent à faire toujours une extirpation large, et rendent même souhaitable la résection de la partie correspondante de la paroi. Nous allons voir jusqu'à quel point les méthodes actuellement en usage permettent de satisfaire à ces exigences.

L'extirpation des tumeurs de la vessie, quoiqu'étant une opération relativement jeune, a été déjà pratiquée un grand nombre de fois, puisque Conner, de Cincinnati [1]) a trouvé relatés en détail 176 cas, comprenant les années 1875 à 1888, et que de son côté, Pousson en 1889, en a relevé 198 [2]). Dans le service de Guyon, l'opération a été faite 50 fois [3]).

Deux méthodes ont été utilisées pour l'extirpation des néoplasmes de la vessie : la boutonnière périnéale, dont Thompson est le principal défenseur [4]), et la taille hypogastrique, chaudement préconisée par Guyon [5]).

On peut dire que la boutonnière, appliquée à l'ablation des tumeurs vésicales, n'a plus, de nos jours, qu'un intérêt historique. Opération difficile, dangereuse et incertaine, par suite de l'étroitesse du champ opératoire, elle est abandonnée à bon droit : Thompson lui-même la réserve aujourd'hui pour les « petits polypes à pédicule mince » et adopte la taille hypogastrique pour toutes les autres variétés [6]).

Et, en effet, la taille hypogastrique présente sur la boutonnière, de nombreux avantages. Il est incontestable qu'elle découvre la tumeur d'une manière très-satisfaisante. Dans le chapitre relatif à l'hypertrophie prostatique, j'ai montré qu'elle pouvait être surtout utile dans le traîtement opératoire de cette dernière affection, lorsqu'on y ajoutait la résection partielle de las ymphyse et la position élevée du bassin. Je dirai ici que lorsque la tumeur vésicale occupe son siège de prédilection, c'est-à-dire le bas-fond ou le trigone, la résection de la symphyse n'ajoutera pas beaucoup en facilité, et qu'on pourra s'en passer. Mais je considère la position élevée du bassin comme indispensable, parce qu'elle permet de

---

1) P. S. Conner. Annual meeting of the Amer. Surgical Association. Medical record, 24 Mai 1890.

2) Pousson. Valeur de l'intervention chirurgicale dans le traitement des tumeurs de la vessie. Annales des maladies des org. gén.-urin. 1889, nos 3 et 4.

3) Albarran, op. cit p. 422 et suiv.

4) Thompson. Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires. Trad. R. Jamin. 1889, pp. 531 et suiv.

5) Guyon. Leçons cliniques, op. cit. pp. 145-463.

6) Thompson. Leçons cliniques, etc., p. 569.

supprimer tous les rétracteurs dont on est obligé d'encombrer le champ opératoire, quand le malade est placé horizontalement. 1)

Ainsi perfectionnée, la taille hypogastrique est infiniment supérieure à la boutonnière : elle donne un accès large et facile à la cavité vésicale, et met bien la tumeur à découvert. Il est même certain qu'elle est plus avantageuse ici qu'en cas d'hypertrophie prostatique, parce que la tumeur est habituellement moins rapprochée de la symphyse. Cependant, si bien que la position oblique étale les parois vésicales, ce n'en est pas moins au fond d'une cavité qu'il faut attaquer la tumeur, puisque son siège de prédilection est la paroi diamétralament opposée à celle par laquelle on pénètre dans la vessie.

Mais abstraction faite de la difficulté qui résulte de la profondeur du champ opératoire, l'incision hypogastrique expose à une erreur qui peut avoir les plus graves conséquences : cette erreur consiste à prendre pour une tumeur le soulèvement de la paroi postérieure de la vessie, déterminé par le ballon rectal. On ne commettra certes par une telle méprise, si la vessie est saine, mais s'il y a de la cystite interstitielle, avec noyaux d'induration, la paroi altérée et repoussée en avant, pourra si bien simuler un néoplasme, qu'un observateur éminent s'y est trompé. Guyon a entamé un jour l'extirpation de cette fausse tumeur, et ce n'est qu'à l'autopsie qu'il reconnut avoir eu affaire à une cystite pseudo-membraneuse. Ce fait démontre que la taille hypogastrique n'est pas toujours suffisante pour permettre de faire un diagnostic certain.

Pendant l'ablation d'une tumeur occupant le bas-fond de la vessie, il est de la plus haute importance que les instruments n'atteignent pas les uretères. Or j'ai montré dans un autre travail, que la recherche de l'ouverture uréthrale devient une opération difficile, dès que la vessie est le siège d'une inflammation chronique, qui congestionne la muqueuse et hypertrophie la musculaire. A plus forte raison, sera t-il fort malaisé de découvrir les ouvertures, lorsque le trigone est envahi par une tumeur, et sera-t-il encore plus difficile d'éviter les uretères pendant l'extirpation.

---

1) Albarran (loc. cit. p. 373) a étudié sur le cadavre l'extirpation des tumeurs de la vessie par la symphyséotomie, que les accoucheurs Italiens ont remise en honneur, et dont ils obtiennent actuellement d'excellents résultats, grâce à l'antisepsie. Comme on peut facilement ouvrir la symphyse de 6 centimètres, on découvre très bien le segment inférieur de la vessie. Peut-être la symphyséotomie est-elle appelée à remplacer, pour cette indication, les procédés de résection partielle.

Enfin, la taille hypogastrique présente l'inconvénient capital de ne pas permettre la résection du segment vésical sur lequel la tumeur se trouve le plus souvent implantée, non seulement par suite de la présence des uretères, mais surtout parcequ'il faudrait faire cette résection de dedans en dehors ; or, en procédant ainsi, il est presque impossible de séparer la vessie des organes voisins, sans léser ces derniers. Pour le bas-fond et le trigone en particulier, comment saurait-on si le rectum, si le péritoine ne sont pas sous le bistouri et ne vont pas être atteints ? Comme il est impossible de voir ces organes, il est aussi impossible de les éviter sûrement.

D'ailleurs, cette résection par la voie intravésicale, en supposant qu'on parvienne à la pratiquer sans accident, créerait de détestables conditions pour le traitement post-opératoire, en laissant stagner l'urine dans le tissu cellulaire périvésical, et en rendant ainsi l'infiltration presqu'inévitable.

Et pourtant, il serait de la plus haute importance de pouvoir faire cette résection, chaque fois qu'on extirpe une tumeur de la vessie, puisque, ainsi que je l'ai rappelé, ces tumeurs, considérées dans leur évolution, peuvent revêtir les allures de la bénignité alors qu'elles sont malignes, et qu'inversément des néoplasmes manifestement bénins, ont récidivé.

Il est aujourd'hui démontré que la résection de la vessie est une opération praticable sur le vivant. Cela résulte des expériences faites sur des chiens par Gluck et Zeller[1]), par Ad. Fischer[2], par Znamensky[3]) et par Rasidmowsky[4]), ainsi que des opérations pratiquées sur l'homme par Sonnenburg[5], Geza von Antal[6], Bardenheuer[7]), Küster[8]) et Pawlik[9]).

---

1) Th. Gluck und A. Zeller. Ueber Exstirpation der Harnblase u. der Prostata. Langenbeck's Archiv. Bd. XXVI, Heft 4, s. 916, 1881.

2) Adolf Fischer. Die partielle Resektion der Harnblase. Langenbeck's Archiv Bd. XXVII, 1882.

3) Znamensky. Ueber partielle Resektion der Harnblasenwand. Langenbeck's Archiv. Bd. XXXI. Heft 1.

4) Rasidmowsky. Excision von Stücken aus der Harnblasenwandung. Sitzungsberichte d. Gesellsch, d. Aerzte in Kiew. 24 Oct. 1885. Centralbl. f. Chir. 1886, nr 6.

5) Sonnenburg. V.-H. Jahresbericht, 1887.

6) Geza von Antal. Extraperitoneale partielle Resektion der Harnblase wegen Carcinom. Centralbl. für Chirurgie. 1885, n° 36, s. 617.

7) Brohl. Die Exstirpation der Harnblase u. die totalexcision der Blasenschleimhaut. Wiener medizin. Presse 1889, nr 27, 28.s. 1105 ff. — Bardenheuer. XX Deutsche chir. Kongress. Centralbl. f. chir. 1891, Beilage, s. 135.

8) E. Küster. Totalexstirpation der Prostata u. Blase. XX chir. Kongress 1891, Bericht im Centralbl f. Chirurgie, 1891, Beilage s. 132.

9) Pawlik. Ueber Blasenexstirpation. Wiener med. Woch. 1891, nr 45, s. 1814.

Quelques-uns de ces faits (ceux de Bardenheuer, Küster, Pawlik) ont fourni la preuve que la résection, même totale, du réservoir urinaire, n'est pas inexécutable.

Sans m'occuper de cette dernière, dont la légitimité est encore contestable, je vais essayer de démontrer que la résection partielle devient extraordinairement aisée, quand on l'entreprend par la voie périnéale.

Pour pratiquer l'extirpation d'une tumeur vésicale par le périnée, le premier temps de l'opération serait une périnéotomie à lambeau, d'après le procédé décrit. Cathéter dans la vessie : une petite quantité de liquide ne nuit pas, mais je ne conseille pas de distendre le réservoir : utile, comme nous le verrons, pour rendre plus superficielle dans la plaie la partie de la vessie située immédiatement au-dessus de la prostate, la distension vésicale est plutôt nuisible, quand il s'agit de dénuder la paroi postérieure sur une grande hauteur : le globe vésical se rapproche trop du rectum.

La dissection est poussée prudemment vers le cul-de-sac péritonéal que l'on doit avoir bien soin de ne pas ouvrir par un coup de ciseaux intempestif. Une fois le point de réflexion du péritoine reconnu, la périnéotomie est terminée, et l'on passe au premier temps de l'opération proprement dite.

Ce premier temps consiste à décoller le péritoine de la paroi vésicale postérieure. On commence par tendre cette paroi en tirant sur la prostate, au moyen d'une érigme ou d'un fil placé transversalement dans la partie supérieure de la glande (inférieure dans la position du sujet). Un large rétracteur abaisse fortement le rectum. On place ensuite les deux mains dos à dos dans la plaie, l'une des paumes regardant vers la vessie, l'autre vers le rectum, et en les écartant, on ramasse les organes correspondants. On arrive ainsi très-rapidement à découvrir la paroi vésicale postérieure, jusqu'à environ 5 centimètres au-dessus de la portion commune des canaux déférents. Il n'y a aucune précaution à prendre pour que le péritoine ne se détache pas du rectum : nous avons déjà vu que la séreuse est très-adhérente à l'intestin et, au contraire, très-lâchement unie à la vessie, circonstance très-heureuse pour l'opération.

Le temps suivant de l'opération consiste à attirer à la surface de la plaie, le haut de la partie dénudée de la vessie. A cet effet, on place de chaque côté, dans la vessie, à une distance de 1/2 centimètre de la ligne médiane, et à 2 centimètres au-dessus de la portion commune des canaux déférents, un fil au moyen duquel un aide tire la vessie en haut et en avant 1). La partie de la paroi

1) Dans la position du sujet.

traversée par les fils est amenée ainsi vers la surface de la plaie, en même temps que rapprochée de la prostate. Deux nouveaux fils sont placés de la même manière, à 2 centimètres plus haut, et toute la partie découverte de la paroi vésicale, soit 5 centimètres en hauteur, devient ainsi tout-à-fait superficielle. (Voir pl. I.)

Les fils étant maintenus tendus, la vessie est incisée sur la ligne médiane, depuis un point situé immédiatement au-dessus de la partie commune des canaux déférents, jusqu'à environ 4 centimètres plus haut. La traction sur les fils donne à la plaie une forme de rectangle, dont les bords sont presqu'au niveau de la peau. Sur la face supérieure de ce rectangle, on voit la crête interuretérique, et latéralement l'ouverture de l'uretère. La face postérieure de la vessie remonte en plan incliné, et plonge derrière le bord supérieur. (Voir pl. II).

Ainsi se présentent les choses, lorsqu'on a ouvert une vessie saine. Appliquons maintenant ces données à l'extirpation d'une tumeur vésicale et supposons-la implantée sur le bas-fond, seule localisation à laquelle la périnéotomie convienne. Pendant qu'on procède au décollement du péritoine, on palpera la tumeur à travers la paroi vésicale, pour s'assurer d'abord de la hauteur à laquelle elle remonte, et limiter en conséquence le détachement de la séreuse ; pour déterminer ensuite les rapports du néoplasme avec la paroi, s'assurer s'il est sessile ou pédiculé, et reconnaître éventuellement la largeur du pédicule. Si la paroi était épaissie au point de rendre le palper obscur, on pourrait s'aider en insinuant le bec du cathéter entre la paroi et la tumeur, tout en contrôlant par la plaie la marche de l'instrument. Cet examen ne pourra donner de résultat, que lorsque la tumeur offre une certaine consistance ; si elle est très-molle, il sera impossible de la délimiter de l'extérieur, et l'on devra passer outre.

Règle générale, il faudrait tâcher d'ouvrir la vessie à côté du point d'implantation de la tumeur, et aussi près que possible de la ligne médiane. Dans aucun cas, l'incision ne pourra être placée à une distance de plus de 1 1/2 centimètres de la ligne médiane, à droite et à gauche, puisqu'à 2 centimètres environ débouchent les uretères.

Cette règle sera facile à suivre lorsque la tumeur présente un pédicule reconnaissable avant l'incision. Elle devrait encore guider le chirurgien, en cas de tumeur sessile ; celle-ci prend-elle des deux côtés plus de 1 1/2 centimètres en largeur, il faudra se résigner à inciser à travers le néoplasme, le mieux alors sur la ligne médiane. Aussitôt les lèvres de la plaie écartées, la tumeur ou les deux parties

de tumeur apparaîtront. Avant tout, il faudra s'assurer de la position des uretères, et y placer un stylet, pour ne pas les perdre de vue. La tumeur sera ensuite emportée à coups de ciseaux, si elle est pédiculée ; si elle est sessile, on réséquera la paroi vésicale correspondante. Les canaux déférents et les vésicules séminales, qui sont à découvert dans la plaie, seront facilement évités. C'est surtout aux uretères qu'il faudra veiller, ce que le stylet rendra facile.

Après l'extirpation de la tumeur, on pourra agir de deux manières différentes : ou bien, suturer très-exactement la partie supérieure de la plaie vésicale, et placer dans l'angle inférieur un drain, conduit au dehors par la partie moyenne de la plaie périnéale, ou bien, tenter la réunion par première intention de la plaie vésicale, en appliquant ici le procédé de drainage des uretères que j'ai proposé d'établir après la taille hypogastrique. Ce qui est une manœuvre délicate dans la plaie sus-pubienne, devient très-simple après la périnéotomie, par suite de la facilité de reconnaître et d'atteindre les orifices uretéraux. Dans ce cas, la plaie périnéale serait tamponnée pendant quelques jours, et suturée secondairement.

Avant d'examiner la valeur de cette opération, je dois dire que, dans sa première communication, O. Zuckerkandl, estimant la taille sus-pubienne un procédé parfait, ne recommandait pas son incision périnéale pour l'ouverture de la vessie [1]). Plus tard, il a changé d'avis, et dans un autre travail [2]), il décrit la manière de découvrir le triangle de vessie compris entre les canaux déférents, et pense que cette méthode conviendrait à l'extirpation des tumeurs vésicales ; mais il ne décrit aucun procédé.

Israel a utilisé une fois la périnéotomie à lambeau pour l'ablation d'une tumeur de la vessie [3]). Mais, ayant trouvé un néoplasme trop étendu, il dut renoncer à l'extirpation. Néanmoins ce cas présente pour nous un grand intérêt. Israel a bien voulu m'écrire que la périnéotomie lui a permis d'ouvrir la vessie sans difficulté, et sans hémorrhagie abondante, « weder schwierig noch blutig ». Que l'ouverture de la vessie par la voie périnéale se fait sans difficulté, cela est absolument conforme à ce que j'ai vu sur le cadavre ; et, de plus, voilà une périnéotomie presque totale, au cours de laquelle la perte de sang a été

1) O. Zuckerkandl. Ein neues Verfahren etc. op. cit. Wiener. med. Presse, 1889 nr 7 s. 253.

2) O. Zuckerkandl. Ueber perineale Blosslegung der Prostata u. der hinteren Blasenwand. Wiener med. Presse, 1889, nr 22, s. 902.

3) Albarran op. cit. p. 458.

faible. Ce dernier fait répond à une objection qu'on ne manque jamais de faire a priori à la méthode périnéale.

Il est bien entendu que la périnéotomie ne convient que lorsque la tumeur occupe son lieu d'élection, le trigone ou le bas-fond ; mais, pour les tumeurs ainsi placées, je puis affirmer qu'aucun procédé ne conduit au but aussi parfaitement. Il suffit, sur le cadavre, de comparer la périnéotomie avec la taille hypogastrique, pour être frappé de l'accès large et facile que donne la plaie périnéale au segment inférieur de la vessie. Je reconnais que l'ouverture du réservoir urinaire par cette voie, est une opération plus longue, plus délicate que la taille sus-pubienne ; pour être pratiquée convenablement, elle demande un peu d'exercice, mais en revanche, l'extirpation d'une tumeur vésicale devient ainsi une ablation de tumeur superficielle, que l'on fera très aisément, sans qu'on ait besoin de l'éclairage artificiel. Seulement, si l'on veut que l'opération présente ces avantages, il est essentiel que la périnéotomie soit large, que les branches obliques dépassent notablement la ligne ano-ischiatique, afin que le rectum puisse être suffisamment déjeté en arrière. Nous avons déjà vu que ce déplacement du rectum n'a pas seulement pour effet d'agrandir la plaie, mais surtout de la rendre moins profonde ; cette condition est particulièrement indispensable pour l'ouverture de la vessie.

Il faut, en second lieu, que la prostate et le col vésical soient maintenus constamment rétractés au sommet de la plaie, afin d'extraire en quelque sorte la paroi vésicale postérieure de la cavité pelvienne. J'attribue aussi une grande utilité, pour atteindre ce résultat, aux fils suspenseurs, que Guyon a imaginé pour la taille hypogastrique, et que j'applique à la périnéotomie, sans compter qu'ils donnent à la vessie la fixité nécessaire à l'intervention.

Lorsque ces règles sont observées, le bas-fond de la vessie devient réellement superficiel, et la tumeur pourra être extirpée, sans qu'il soit, pour ainsi dire, nécessaire de pénétrer dans la cavité vésicale. Le champ opératoire ne sera plus envahi par les mains et les instruments, comme il arrive avec la taille sus-pubienne ; aucun coup de ciseaux ou de bistouri ne sera donné au hasard et, point capital, les uretères, qu'il est essentiel de ménager, ne courent aucun risque d'être blessés, à condition qu'on y maintienne constamment le stylet. De là résulte un autre grand avantage de la périnéotomie, peut-être le principal, celui de rendre facile la résection partielle de la vessie.

Nous avons vu que la taille hypogastrique ne permet pas de faire cette résection avec assez de sûreté, parce que la séparation d'avec le rectum est trop dangereuse, et qu'il est trop difficile d'éviter les uretères. Au contraire, après la périnéotomie, le segment sur lequel la résection doit porter est séparé des organes voisins, disséqué d'avance ; de plus, le stylet occupant l'uretère indique si bien la situation de ce conduit, qu'on pourra au besoin le disséquer dans tout son trajet intrapariétal. La périnéotomie n'exposesait certainement pas à l'accident arrivé à Bardenheuer qui, dans une résection faite par la voie hypogastrique, ne put découvrir l'uretère gauche, et dont la malade mourut d'urémie ; car si, par impossible, l'orifice uretéral ne se laissait pas découvrir, on aurait encore la ressource de chercher l'uretère à son point d'entrée dans la vessie, ce qui n'est pas difficile dans la plaie périnéale, de le couper au ras du viscère et de le fixer, après résection, dans la plaie vésicale.

Je ferai remarquer à ce propos que la périnéotomie permettrait d'éviter la résection complète de la vessie, et de conserver le segment antéro-supérieur, que, dans les opérations hypogastriques, on a extirpé, comme inutile, chaque fois que l'étendue du néoplasme obligeait à emporter la terminaison des uretères. Il fallait, dans ce cas, aboucher ceux-ci dans le rectum, dans l'urèthre ou dans la peau. Les expériences faites sur des animaux par Gluck et Zeller[1]), Novaro[2]), Tuffier[3]), et les opérations pratiquées sur l'homme par Bardenheuer[4]) et Küster[5]), ont prouvé que l'abouchement dans le rectum est un mauvais procédé ; la suture à l'urèthre est une opération difficile et peu pratique, et l'abouchement à l'extérieur crée une infirmité dégoutante.

Au contraire, après la périnéotomie, on pourrait toujours reconstituer la vessie par la suture, même si une grande partie avait dû être réséquée, et les uretères seraient suturés dans la plaie vésicale. Les conditions physiologiques se trouveraient ainsi reconstituées.

Enfin la périnéotomie, appliquée à l'ablation des tumeurs vésicales, a sur la taille hypogastrique la grande supériorité de

---

1) Gluck u. Zeller, op. cit.

2) G. F. Novaro Dell'innesto degli ureteri nel retto e della esportazione della vesica e della prostata. Boll. della soz. dei cult. delle sc. med. di Siena, vol. V, nº 7.

3) Tuffier. Ann. des mal. des org. gén.-urin., 1888, p. 241.

4) Bardenheuer, op. cit.

5) Küster, op. cit.

donner une plaie parfaitement disposée pour le traitement consécutif. Au lieu de deux plaies vésicales, comme c'est le cas après la taille sus pubienne, l'incision périnéale n'en laisse qu'une seule, et elle occupe la partie la plus déclive du réservoir.

§ 2. Cathétérisme rétrograde.

Les premières opérations de cathétérisme rétrograde [1]) ont été faites à travers une fistule hypogastrique préexistante, et résultant d'une ponction vésicale, aprés laquelle une canule avait été placée à demeure [2]).

En 1849, Brainard, de Chicago, dans un cas où il n'existait pas de fistule, fit la ponction sus-pubienne dans le but de passer par là une sonde dans l'urèthre [3]).

Après quelques essais isolés de Giraldès, Péan, Esmarch et Volkmann, le prof. Duplay appela, en 1883, l'attention sur l'application de la taille hypogastrique au cathétérisme renversé [4]). Depuis cette époque, sa méthode a été de plus en plus préférée à la simple ponction.

Le plus souvent le cathétérisme rétrograde n'a été qu'une opération complémentaire, faite au cours d'une uréthrotomie externe pour rétrécissement ancien. Rarement elle a été utilisée pour des ruptures traumatiques de l'urèthre. Enfin dans quelques cas, on l'a appliquée à la rétention d'urine d'origine prostatique [5]).

La préférence que l'on accorde aujourd'hui à la taille me parait justifiée, pour deux motifs : d'abord elle rend le cathétérisme plus facile. Il est incontestable qu'il peut être fort malaisé de pénétrer dans l'orifice uréthral, par l'ouverture d'une simple ponction sus-pubienne. Sédillot avait déjà insisté sur ce fait et la

---

1) J'ai conservé le terme de cathétérisme rétrogade, parce qu'il est entré dans le langage courant. Il est cependant inexact, et il serait préférable de dire cathétérisme postérieur, renversé, ou à rebours; car la marche de la sonde n'est rétrograde que dans le cathétérisme ordinaire.

2) Pour l'historique de cette première période du cathétérisme rétrograde, voir : Ch. Monod. Du cathétérisme rétrograde. Soc. de chirurgie, 17 avril 1886, Bull. et mém., p. 254 et suiv.

3) De là le nom de cathétérisme de Brainard que beaucoup de chirurgiens, en Allemagne surtout, donnent à l'opération.

4) Duplay. Du cathétérisme rétrograde combiné avec l'uréthrotomie externe, dans les cas de rétrécissement infranchissable de l'urèthre. Arch. gén. de méd. 1883, 7e série, t. XII, p. 38.

5) Rohmer. De la cystotomie sus-pubienne dans le cours de l'hypertrophie de la prostate. Annales des mal. des org. génito-urinaires, 1885. nº 1, p. 31

thèse de Beaucard[1]) renferme cinq observations où l'opération ne put être achevée de cette manière. En second lieu, dans les cas fréquents où le cathétérisme rétrograde devient nécessaire au cours de l'uréthrotomie externe, la ponction serait une opération dangereuse, puisqu'il serait impossible de distendre la vessie par une injection. Mais il va sans dire que lorsqu'il y a une fistule préexistante, c'est par là qu'il faut tout d'abord tenter l'introduction de la sonde ; il est vrai que de nos jours, le trocart capillaire tendant à se substituer de plus en plus au trocart ancien, la fistule hypogastrique deviendra de moins en moins fréquente.

Lorsque le cathétérisme rétrograde est pratiqué pour hypertrophie prostatique, ou, en général, chaque fois qu'il n'y a pas de plaie périnéale, j'estime donc que c'est à la taille hypogastrique qu'il faut recourir : cette opération, bien réglée, devenant de moins en moins dangereuse, permet fort bien le placement de la sonde. Mais chaque fois qu'il existe une plaie périnéale, chaque fois que le cathétérisme rétrograde ne constitue qu'un temps de la recherche de l'urèthre par l'uréthrotomie externe, je crois qu'il peut y avoir avantage à faire toute l'opération dans une seule plaie, et à pratiquer le cathétérisme rétrograde périnéal.

Je supposerai d'abord le cas d'une uréthrotomie externe, faite par le procédé habituel, j'entends l'incision antéro-postérieure, qu'il s'agisse d'un rétrécissement ancien, ou d'une rupture traumatique de l'urèthre. Des recherches minutieuses et prolongées, aidées de tous les artifices connus, n'arrivent pas à faire découvrir le bout postérieur. Je ferai tomber alors sur la première incision, une autre transversale, qui constituera la branche médiane de la périnéotomie : comme toujours, elle sera placée à 2 centimètres au-devant de l'anus, sera longue d'environ 6 centimètres et se terminera par deux incisions obliques, dirigées vers les tubérosités ischiatiques, et auxquelles il suffira de donner d'abord 2 centimètres de longueur. Pendant la dissection du rectum, l'absence forcée d'un cathéter dans l'urèthre, commande de redoubler de précautions. Si la lésion ne dépasse pas le bulbe, il suffira de dénuder le canal jusqu'au bec de la prostate. La région membraneuse, facilement reconnue, est incisée verticalement. Une sonde de Nélaton, introduite par cette ouverture maintenue béante par deux crochets, est poussée dans la vessie, et l'autre extrémité de la sonde, introduite par le même orifice, agrandi au besoin vers le bas, est conduite dans le

1) Beaucard. Du cathétérisme rétrograde. Thèse de Nancy. 1885.

bout inférieur. Demarquay et Le Dentu [1]) ont placé la sonde de la même manière, mais dans l'incision antéro-postérieure de l'uréthrotomie, et le dernier avec un conducteur particulier. Je dois ajouter que pour l'uréthrotomie externe, Després coupe transversalement les parties molles, après incision verticale de la peau.

Cette opération à laquelle je donnerais volontiers le nom de cathétérisme rétrograde inférieur, se distingue du procédé ordinaire de cathétérisme postérieur, en ce que l'introduction de la sonde se fait, non par l'orifice vésical, mais par le canal lui-même, en un point situé derrière le rétrécissement. Cette manœuvre doit être très-difficile dans l'incision antéro-postérieure de l'uréthrotomie ; je me demande même s'il est possible de découvrir la région membraneuse dans cette incision, lorsque le sang épanché dans les tissus colore le tout d'une teinte uniforme, et que les délabrements sont souvent très-étendus. C'est précisément dans la facilité de disséquer l'urèthre au-dessus du point lésé, que réside la supériorité de la périnéotomie. Si l'on a soin de ne pas s'éloigner du rectum, pendant qu'on le sépare de la région uréthrale malade, on n'a pas à s'occuper de cette dernière : à un moment donné, on atteint la région membraneuse que nous avons supposée saine, et qu'on reconnaitra facilement. Il est impossible que l'opération échoue.

Mais je crois que les indications du cathétérisme renversé deviendraient beaucoup plus rares, si l'on adoptait pour l'uréthrotomie externe l'incision prérectale. La grande voie créée, le large écartement qu'il est possible de faire subir à la plaie, rendraient la découverte du bout postérieur beaucoup plus facile. Si, malgré tout, le cathétérisme postérieur est nécessaire, il suffit alors d'approfondir un peu la plaie, pour arriver à la région membraneuse. Le cathétérisme rétrograde inférieur deviendrait ainsi un temps de l'uréthrotomie externe, et se ferait dans la même plaie.

Mais le plus souvent, un rétrécissement qui exige l'uréthrotomie, a envahi la région membraneuse, et c'est aussi quand les lésions occupent ces parties profondes que la recherche du bout postérieur échoue assez fréquemment. En supposant que cet échec se produise avec l'incision ordinaire de l'uréthrotomie, voici comment il faudrait procéder.

---

1) Demarquay: Union médicale 1858, p. 101 — Le Dentu Bull et Mém. de la Soc. de chirurgie 1888, p. 160.

Renonçant à retrouver dans la plaie l'urèthre postérieur, on pratiquerait l'incision de la périnéotomie à lambeau ; la dissection du rectum se ferait sans s'occuper de la première plaie, et serait poussée jusqu'à 2 ou 3 centimètres au-delà de la prostate. Un crochet attirant la glande vers la surface de la plaie, et le rectum étant bien maintenu en arrière, la vessie serait ponctionnée exactement sur la ligne médiane, au-dessus de la partie commune des canaux déférents. (Voir pl. I.) La plaie ne devrait pas avoir plus de 1 à 1 1/2 ctm. Deux crochets écartant ses bords, y compris la muqueuse qu'ils empêcheraient d'obstruer l'ouverture, on y introduirait le bec d'une sonde en gomme, munie de son mandrin et courbée convenablement. Le bec de la sonde glisse facilement sur le trigone de Lieutaud, pénètre dans l'orifice uréthral, et débouche dans la plaie du périnée. Une sonde de Nélaton est alors poussée par le méat à la rencontre de la première, et les becs des 2 sondes sont noués ensemble. Il n'y a plus qu'à retirer la première sonde, pour amener le cathéter de Nélaton dans la vessie. Suture des parties latérales de la plaie périnéale, et placement d'un drain sur la ligne médiane.

Cette opération, que j'appellerai cathétérisme rétrograde supérieur, trouvera beaucoup plus fréquement son application que le cathétérisme rétrograde inférieur. Elle présente d'ailleurs, sur la taille hypogastrique, les mêmes avantages que ce dernier.

Extirpation des vésicules séminales. Sans discuter l'opportunité d'une intervention chirurgicale en cas de tuberculose des vésicules séminales, sans rechercher jusqu'à quel point leur extirpation peut être indiquée, je dois dire un mot de deux opérations de ce genre, pratiquées récemment.

Dittel[1]) a réséqué une fois les vésicules, en même temps qu'un foyer prostatique tuberculeux, au moyen de son procédé de prostatectomie latérale. Mais il blessa le rectum, et le fait n'a rien qui doive surprendre, puisque ce procédé doit avoir ici, aggravés, tous les inconvénients que je lui attribue comme voie d'accès à la prostate Ullmann[2]) a eu recours à la périnéotomie à lambeau, et j'estime qu'il a choisi le meilleur procédé. Mais il y a une précaution qu'il a négligée, et qui facilite singulièrement l'accès des vésicules séminales dans la plaie périnéale : c'est la distension de la

---

1) O. Zuckerkandl. Beitrag zur chir. Behandl. d. Prostataabscesse. Loc. cit. p. 533.

2) Em. Ullmann. Exstirpation tuberkulöser Samenbläschen. Centralbl. f. Chirurgie 1890, nr 8 s. 137.

vessie. Dès mes premières opérations, j'ai été frappé du grand parti qu'on peut tirer de cette distension. Lorsqu'on injecte une vessie dénudée par sa face postérieure, c'est en arrière qu'elle bombe surtout : ce fait, qui s'explique par ce que, le plancher périnéal étant ouvert, c'est de ce côté que le globe vésical rencontre le moins de résistance à son expansion, est déjà très-appréciable 'pour une distension modérée. Elle a pour effet de placer le segment supra-prostatique de la paroi vésicale dans un plan presque horizontal, et de rendre les vésicules séminales d'autant plus superficielles dans la plaie.

Pour moi, l'injection de la vessie constitue un moyen beaucoup plus efficace pour faire saillir la vessie, que le cathéter, auquel Ullmann a eu recours.

CHAPITRE VI.

Application de la périnéotomie au traitement des fistules recto-urinaires et recto-vaginales

§ 1. Fistules recto-uréthrales.

Les moyens thérapeutiques qui ont été proposés contre les fistules recto-uréthrales, sont assez nombreux. Outre la cautérisation, qui a certainement été essayée contre toutes les fistules, on a voulu fermer l'ouverture rectale par un avivement suivi de suture, comme pour la fistule vésico-vaginale Dans un cas, Astley Cooper mit le bulbe à découvert par l'incision de la taille médiane, plongea alors le bistouri transversalement entre la prostate et le rectum, pour diviser le trajet fistuleux, et tamponna la plaie : il obtint un succès complet. 1)

Le procédé décrit par Ziembicki, de Lemberg, 2) au Congrès Français de chirurgie de 1889, consiste à faire une incision du coccyx à l'anus, et de l'anus au raphé scrotal, puis une incision circulaire dans laquelle il dissèque tout le segment inférieur du rectum. Dans un second temps, il fait isolément l'avivement et la suture de l'orifice rectal et de l'orifice uréthral. Puis, convaincu que, pour guérir une fistule, il faut, de toute nécessité, détruire le

1) Guyon. loc. cit., p. 1029.

2) Ziembicki. Une nouvelle méthode pour la cure des fistules recto-uréthrales. Revue de chirurgie 1889, p. 938,

parallélisme entre les deux orifices, il fait exécuter un mouvement de rotation au rectum, et, le fixe dans cette situation. Le succès, également, fut complet.

Mais ces méthodes, à part la dernière, qui n'a été faite qu'une fois, ont aussi fréquemment échoué.

Il est incontestable que les dispositions anatomiques des lésions, la communication avec la vessie et le rectum, expliquent, pour une part, la ténacité de ces fistules et l'échec du traitement ; mais je crois qu'il faut l'attribuer aussi à l'insuffisance et aux défauts des procédés opératoires.

Je ne saurais, par exemple, accorder beaucoup de confiance à l'avivement avec suture de l'ouverture rectale. Ce procédé est d'une application extrêmement laborieuse dans le rectum, par suite de la difficulté de mettre l'orifice à découvert, et de le rendre accessible aux instruments. De plus la muqueuse rectale, moins épaisse et plus vasculaire que la muqueuse vaginale, se prête moins bien à l'avivement et à la suture ; enfin, la ligne de réunion étant exposée en avant au contact de l'urine, en arrière au contact des matières fécales qu'il sera bien difficile d'en tenir éloignées pendant tout le temps nécessaire à la cicatrisation, se trouvera dans de mauvaises conditions pour la réunion primitive.

L'opération de A. Cooper me parait aussi très-peu recommandable. C'est une opération aveugle, qui expose à blesser le rectum, l'urèthre, ou la vessie, ou encore un vaisseau important, sans qu'il soit possible de remédier immédiatement à l'accident. Rien d'ailleurs ne peut indiquer qu'on a dépassé le trajet fistuleux, et que celui-ci est réellement divisé, puisque l'écoulement de l'urine peut se produire aussitôt que la paroi inférieure du trajet a été piquée. Inversément, on peut aussi dépasser le but : la pointe du couteau peut aller s'égarer au-dessus de la fistule, et faire là des délabrements sérieux, voire même ouvrir le péritoine, dans le cas où le cul-de-sac recto-vésical descendrait très-bas, comme on en a vu des exemples.

Cette opération a donc tous les dangers d'une ponction. Elle a de plus le désavantage de donner une plaie étroite et profonde, peu propre au tamponnement.

Par contre, dans l'opération de Ziembicki, la plaie est certainement assez grande, je serais même tenté de dire trop grande ; non que je recule devant l'étendue de l'incision, mais parce que je crois qu'il n'est pas sans inconvénient de disséquer le rectum sur tout son pourtour. Comme Ziembicki le dit lui même, il

se comporte comme s'il voulait extirper le segment inférieur du rectum : il coupe tous les vaisseaux et les nerfs qui s'y rendent, isole entièrement le sphincter, aussi bien de ses insertions postérieures que de ses attaches antérieures. Une telle opération ne pourra-t-elle compromettre à un haut degré les fonctions du sphincter, et même la vitalité de l'intestin ? Des accidents de gangrène sont arrivés à Bardenheuer, après la résection du rectum ; or ce chirurgien a précisément l'habitude d'isoler tout le segment intestinal compris entre la tumeur et le sphincter.

Je considère de plus le 3e temps de l'opération de Ziembicki comme inutile. Cet auteur estime que pour guérir une fistule, il faut détruire le parallélisme entre les deux orifices ; mais, après le 2e temps opératoire, il n'y a plus d'orifices : ils ont été suturés. A quoi bon alors faire subir au rectum ce mouvement de rotation, qui, en supposant qu'on puisse le maintenir, n'est certes pas fait pour assurer davantage sa nutrition ? Dira-t-on qu'il est fait en prévision de la rupture possible de la ligne de suture ? En ce cas, le parallélisme est très-suffisamment rompu par le tamponnement de la plaie, qui isole à coup sûr le segment rectal du segment uréthral.

En somme, je ne retiens du procédé de Ziembicki que la division du trajet et la suture des deux orifices, mais ce résultat peut être atteint plus simplement, par une opération moins compliquée, et en produisant moins de délabrements. Voici comment je propose d'opérer :

Incision en trapèze, séparation de la face antérieure du rectum jusqu'à ce qu'au fond de la plaie largement béante, on voie apparaitre l'amas de tissu cicatriciel, reste du phlegmon périprostatique. C'est ici que commence la partie délicate de l'opération, et que les règles de la périnéotomie ordinaire ne sont plus applicables. Il ne suffit plus de déchirer avec le doigt quelques brides de tissu conjonctif peu résistantes, pour séparer la prostate du rectum : le trajet fistuleux forme une espèce de pont fibreux réunissant solidement la prostate à la face antérieure de l'intestin. La séparation des deux organes ne peut donc se faire qu'avec l'instrument tranchant. A cet effet, l'index gauche introduit dans le rectum, et le pouce dans la plaie, saisissent la paroi rectale antérieure et la tirent en arrière, de manière à tendre le trajet fistuleux. Au moyen de ciseaux courbes, on divise couche par couche le tissu cicatriciel ; à chaque instant l'instrument est déposé et, avec le doigt introduit dans la plaie, on s'assure qu'on est resté à égale distance du rectum et de l'urèthre.

Quand on a divisé ainsi tout le trajet fistuleux, on dépose les ciseaux. C'est alors le doigt qui continue la séparation de l'intestin d'avec les organes genito-urinaires. Il faut de toute nécessité pousser cette dissection jusqu'à une certaine distance au-dessus de la fistule.

La blessure du péritoine n'est guère à craindre. S'il était anormalement bas, ou si la fistule se trouvait très-haut, il serait encore possible de le reconnaitre à sa teinte spéciale, et par conséquent de l'éviter.

Par cette opération, le trajet recto-uréthral se trouve interrompu, et divisé en deux segments ou deux nouvelles fistules, une antérieure ou uréthro-périnéale, une postérieure ou recto-périnéale, dont il sera relativement facile d'obtenir la guérison. On peut agir de deux manières.

Si la fistule n'était pas englobée dans une masse de tissu cicatriciel trop épaisse, rien n'empêcherait de faire la suture des deux orifices dans la plaie, ce qui serait d'autant plus facile que l'avivement est obtenu par le fait même de la périnéotomie. Cette suture serait faite de manière à renverser ses bords du côté du viscère. Ce temps de l'opération est rendu facile, même quand les ouvertures se trouvent très-haut, grâce à la possibilité d'écarter très-fortement le rectum des organes génitaux. La voie d'accès est au moins aussi large que celle que donne l'opération de Ziembicki.

Mais lorsqu'il existe autour de la fistule un grand amas de tissu cicatriciel, que la périnéotomie n'a fait que diviser, les ouvertures rigides, bordées par un tissu résistant, ne se prètent pas bien à la suture. On pourrait encore à la rigueur, réséquer une ou plusieurs tranches de cette masse, jusqu'à ce qu'on arrive dans un tissu plus souple, dont on pourrait tenter la réunion.

Mais je crois que la suture des orifices n'est pas indispensable après la périnéotomie. Si l'on a soin de mettre une sonde à demeure, et de soustraire autant que possible la fistule rectale à l'action des matières intestinales, (opium, drain de Hochenegg), on pourra attendre du bourgeonnement l'occlusion des fistules. Il faudra, dans ce cas, faire un tamponnement exact de toute la plaie. Le cas d'A. Cooper, où le tamponnement a été fait après une opération bien peu régulière, et a suffi pourtant pour fermer la fistule, prouve que l'on peut absolument compter sur ce mode de guérison. Même si la suture des orifices avait été pratiquée, le tamponnement antiseptique de la plaie serait indispensable, pour parer au danger d'une rupture, toujours possible.

L'opération que je viens de décrire me parait plus rationnelle et plus sûre que celles que l'on a opposées jusqu'ici aux fistules uréthro-rectales. On aura remarqué que l'incision que je recommande est beaucoup plus large que celles des autres périnéotomies partielles ; c'est que ces dernières incisions ne donneraient pas assez de jour pour faire, avec toute la sécurité nécessaire, la dissection délicate au niveau de la fistule. Elles ne permettraient pas non plus de faire la suture des orifices, si on la jugeait utile.

§ 2. Fistules recto-vésicales.

Certains auteurs confondent, dans une même description, les fistules recto-uréthrales et recto-vésicales. Il est cependant nécessaire de les distinguer, au point de vue thérapeutique. Comme traitement opératoire des premières, j'ai recommandé la périnéotomie dans tous les cas : je serai beaucoup moins absolu pour ce qui concerne les secondes.

Malgré l'extrême rareté de cette affection — on compte facilement les cas qui ont été publiés — plusieurs opérations ont été dirigées contre elle. Le plus souvent, on a eu recours à l'établissement d'un anus artificiel, opération purement palliative, ayant pour but de dériver les matières intestinales et de les empêcher de passer dans la vessie : le symptôme le plus pénible dont se plaignent les malades disparait ainsi ; mais il est clair que le passage de l'urine dans le rectum n'en est nullement influencé.

L'anus artificiel n'a jamais été suivi de l'oblitération spontanée de la fistule, et je dirai avec Desnos[1]) que cette opération substitue simplement une infirmité à une autre, moins supportable. Avec Herczel[2]) j'estime qu'elle doit être réservée aux cas où la fistule, résultant de l'ulcération d'une tumeur maligne, est absolument incurable. A part cette éventualité, il faut tenter un traitement radical.

Henry Thompson a proposé de suturer l'orifice vésical de la fistule, dans la plaie de la taille sus-pubienne ; Desnos[3])

---

1) Desnos. Traité élém. des mal. des voies urinaires. Paris 1890, p. 703.

2) Herczel. Beiträge zur operativen Behandlung der Blasenmastdarmfistel. — Bruns'sche Beiträge, Bd. V, Heft 3, s. 690.

3) Desnos. Loc. cit., p. 703.

et Cripps[1]) émettent la même idée. Cette opération est exécutable, quoi qu'en dise Herczel[2]), surtout si l'on utilise la position élevée du bassin. Mais je reconnais que placer des points de suture dans la paroi vésicale postérieure par une plaie hypogastrique, est une opération délicate et laborieuse; aussi peut-on prévoir qu'elle échouera fréquemment. On peut se demander aussi si la taille hypogastrique ne pourrait laisser une fistule stercorale sus-pubienne, dans le cas où la suture céderait.

D'un autre côté, Gustave Simon[3]), Billroth[4]) et plus tard Maas[5]) avivèrent et suturèrent l'ouverture rectale de la fistule. Weinlechner a eu recours à un procédé autoplastique, également par le rectum[6]). Enfin dans deux cas, Czerny[7]) dans le but de mettre mieux l'ouverture rectale à découvert, commença par faire la rectotomie postérieure.

Se basant sur ces dernières observations, Herczel estime que chaque fois que la fistule est située suffisamment bas, pour qu'on puisse l'atteindre par l'anus, c'est à la rectotomie postérieure suivie de l'excision de la fistule, de l'avivement large des bords et de la suture, qu'il faut donner la préférence. J'admets avec cet auteur que la simple dilatation du sphincter est insuffisante pour fournir une voie d'accès convenable, mais j'estime que les mêmes raisons qui ont fait abandonner la rectotomie postérieure dans la technique de l'extirpation du rectum, doivent aussi la faire rejeter dans le traitement des fistules recto-vésicales.

Il arrive d'ailleurs que l'orifice rectal soit situé si haut que la rectotomie postérieure ne parviendrait pas à le rendre accessible aux instruments. C'est pour ces variétés que Dittel[8]) et H. Cripps[9])

---

1) Harrison Cripps. The passage of air and faeces from the urethra. London 1888.

2) Herczel. Loc. cit., p. 720.

3) G. Simon Ueber die künstliche Erweiterung des Anus und Rektum zu diagnostischen, operativen und prophylactischen Zwecken. Langenbeck's Arch. f. kl. Chir. Bd. XV. s. 99.

4) Th. Billroth. Chir. Klinik. Wien 1871-76. Berlin 1879 s. 316.

5) J. Rotter. Die operative Behandlung der Blasenmastdarmfistel beim Manne. Langenbeck's Arch. Bd. XXXI, s. 889. — 1884.

6) Weinlechner. Zur Kasuistik der Blasenmastdarmfisteln, Allgem. Wiener med. Zeitung 1887, n° 34.

7) Herczel. Loc. cit. p. 695 et p. 710.

8) Dittel. Ueber Kommunikation zwischen dem Darmrohr und den untern Harnorganen. Wiener med. Wochenschrift 1881, nr 11.

9) Harrison Cripps. Loc. cit.

ont émis l'idée de faire la laparotomie, de séparer la vessie du rectum et de suturer à part les deux orifices. Cette idée a été réalisée par Czerny, en 1888, et si ce fait démontre la possibilité de l'opération, il en fait voir aussi toutes les difficultés et les inconvénients [1]: la situation profonde de la fistule rendit impossible la résection de ses bords; Czerny dut se contenter de fermer chaque ouverture par trois points de suture à la soie. Dix jours après, les sutures avaient cédé et les matières passaient par le drain qui plonglait dans le Douglas.

Je suis persuadé que cet insuccès est presque fatal. La laparotomie ne permet pas d'aborder facilement le rectum, encore moins d'y placer une suture soignée : les orifices de la fistule, mal fermés, se rouvriront infailliblement, et l'on pourra se féliciter si des adhérences se sont formées assez rapidement pour conduire à l'extérieur les matières épanchées, et les empêcher de faire irruption dans la cavité peritonéale. De plus, lorsqu'il existe des adhérences étendues autour de la fistule, il serait presqu'impossible de retrouver celle-ci et, à fortiori, de la suturer.

La laparotomie est donc une mauvaise opération pour atteindre ces fistules. Quant à la résection ostéoplastique de la paroi pelvienne antérieure, imaginée par Niehans et appliquée par cet auteur au traitement d'une fistule vésico-rectale, elle ne me parait pas plus recommandable. Indépendamment des objections que l'on peut faire à l'opération préliminaire elle-même, il faut remarquer que, si elle met bien à découvert les faces antérieure et latérales de la vessie, elle atteint très mal la face postérieure, dans laquelle débouchent toujours les fistules.

Se basant sur des recherches cadavériques, Herczel [2]) propose d'appliquer au traitement de cette infirmité, le procédé qui a fait faire un si grand pas à l'extirpation du rectum : la résection du coccyx et de l'extrémité inférieure du sacrum.

D'après cet auteur, lorsqu'on a contourné le rectum, et mis le trajet fistuleux à découvert, la profondeur de la plaie ne dépassant pas 5 centimètres, il serait facile d'inciser le trajet en travers, d'aviver et de suturer les deux ouvertures. Si la fistule siégeait très haut, il pourrait être nécessaire d'ouvrir le péritoine ; cette circonstance aggraverait naturellement le pronostic. La séreuse serait close au-dessus de la fistule

1) Herczel. Loc. cit., p. 699.
2) Herczel. Loc. cit. p. 723 et suiv.

J'ai pu constater la réalité des faits avancés par Herczel : l'opération qu'il préconise découvre réellement très-bien la région sur laquelle doit porter l'intervention, et j'estime que lorsque la fistule occupe la partie supérieure du rectum, cette méthode est la seule recommandable. Mais cette situation très-élevée est assez rare : dans la grande majorité des cas, la communication est établie entre le bas-fond de la vessie et la partie correspondante du rectum. Dans ces cas, la périnéotomie me semble un procédé plus simple, plus sûr et plus bénin.

Après l'opération de Kraske, appliquée au traitement des fistules vésico-rectales, la section des nerfs sacrés, la destruction des attaches du sphincter, pourront être suivies d'incontinence, aussi bien qu'après une résection du rectum. De plus, la dissection étendue à laquelle il est nécessaire de soumettre le rectum, constitue un danger propre qui n'a pas échappé à Herczel, puisqu'il propose d'extirper le segment d'intestin qu'on aurait trop privé de ses artères nourricières. Enfin, comme le rectum est abordé par sa face postérieure, il faut lui faire subir une rotation d'un demi cercle pour amener l'ouverture fistuleuse dans le champ opératoire, ce qui n'est pas de nature à faciliter la suture. Je rappelerai encore que dans la plaie sacrée, la séparation du rectum d'avec la vessie peut offrir des sérieuses difficultés.

Tenant compte de ces faits, j'établirai pour le traitement des fistules recto-vésicales, la même distinction que celle que j'ai faite pour l'extirpation du rectum. Si la fistule ne peut être atteinte par le toucher rectal, c'est à la méthode postérieure, ou résection sacro-coccygienne, qu'il faut avoir recours ; mais quand le trajet est situé assez bas pour que le doigt puisse arriver à son ouverture rectale, ce qui sera le plus souvent le cas, c'est la périnéotomie qu'il faut choisir.

L'incision ne doit pas différer de celle que j'ai indiquée pour les fistules uréthro-rectales : c'est une périnéotomie à lambeau ordinaire, dont les branches obliques dépasseront notablement en arrière la ligne ano-ischiatique.

La division de la masse cicatricielle qui entoure la fistule se fera aussi de la même manière que pour les fistules uréthro-rectales, mais encore plus prudemment, afin d'éviter le péritoine. Celui-ci sera le plus souvent tout près du tissu périfistulaire, quelquefois accolé à lui ; il faudra donc avancer avec précaution, une fois qu'on aura dépassé la fistule. Il arrive que la communication anormale traverse le cul-de-sac de Douglas lui-même, mais les adhérences qui

n'auront pas manqué de se produire, auront, dans ce cas encore, isolé le trajet de la cavité péritonéale. Après cela, il est certain que les précautions les plus minutieuses ne pourront pas toujours faire éviter la blessure du péritoine. Si cet accident se produisait, je serais d'avis d'élargir aussitôt l'ouverture et d'y glisser une grosse éponge, qui resterait en place jusqu'à la fin de l'opération. Cela fait, on procéderait à la suture des orifices, comme si le péritoine n'était pas ouvert.

On commence par la suture du rectum, pour mettre la plaie définitivement à l'abri des matières intestinales. Herczel recommande de fermer momentanément l'une des fistules, pendant qu'on suture l'autre, au moyen de pinces analogues à celles de Richelot pour l'hystérectomie. On peut se passer de cet instrument spécial, et faire appuyer par un aide, sur l'ouverture vésicale, un tampon applati fixé au moyen d'un large rétracteur, qui sert en même temps à maintenir la plaie béante. Je ne recommanderai pas d'introduire un tampon dans le rectum, parce que le champ opératoire s'en trouverait rétréci. Il est préférable de faire simplement tirer l'intestin en bas et en arrière : il s'étale ainsi sur le plan résistant représenté par le coccyx. La paroi rectale étant épaissie par le tissu périfistulaire, l'avivement sera plus facile à pratiquer que sur un intestin sain.

Lorsque l'ouverture rectale est close, c'est sur elle qu'on place le tampon et le rétracteur, et on procède à l'occlusion de la plaie vésicale. Un tenaculum, qui restera en place pendant toute l'opération, soulève la prostate, et entraine vers l'extérieur la paroi de la vessie, en même temps qu'il la tend dans le sens vertical ; on place ensuite de chaque côté de la fistule un fil, au moyen duquel les aides tendent la paroi dans le sens transversal, en même temps qu'ils attirent l'ouverture à la surface. L'avivement et la suture deviennent ainsi très-faciles. J'insiste sur la grande utilité des fils suspenseurs et du tenaculum : sans eux, l'opération perd toute sa sûreté.

Après cette opération, il pourrait être prudent de ne pas faire de suture, même secondaire, et de laisser toute la plaie se réunir par bourgeonnement.

Lorsque la fistule est la conséquence d'un rétrécissement du rectum, il pourra être indiqué de réséquer le bout d'intestin malade; on procéderait à cette résection de la manière décrite plus haut.

Si nous comparons cette opération à la résection sacro-coccygienne, nous voyons qu'elles ont toutes deux l'avantage sur le procédé intrarectal et le procédé intravésical, d'aborder la fistule

par l'extérieur des viscères : on se rend beaucoup mieux compte ainsi de l'étendue des lésions, des rapports du trajet avec les organes voisins ; la division du canal en deux segments que l'on tient séparés, intercepte à coup sûr la communication, même quand la suture échoue. Mais la périnéotomie arrive sur le trajet par un chemin plus facile et plus direct que l'opération de Kraske. Je sais bien que Herczel, qui en dit un mot, lui reproche d'aborder la fistule dans une plaie profonde de 12 à 15 centimètres, où la suture sera très-difficile ; mais j'ai déjà rencontré cette objection que je ne m'explique que chez ceux qui n'ont pas compris la périnéotomie, et j'ai montré que la plaie résultant de l'opération est en somme un angle dièdre, que l'on peut ouvrir dans de fortes proportions ; si bien que l'ouverture rectale, même quand elle occupe le cul-de-sac de Douglas, pourra certainement être amenée à 5 centimètres de la peau, profondeur que présente aussi la plaie de l'opération de Kraske, de l'aveu de Herczel. Quant à l'ouverture vésicale, la mobilité de l'organe permettra de la rendre encore plus superficielle.

La périnéotomie ménagerait mieux le rectum que ne le ferait la résection sacro-coccygienne, parce qu'elle ne coupe ni à droite ni à gauche, les gros troncs vasculaires qui abordent l'organe. En outre, elle se prête mieux au traitement consécutif : le point capital, c'est de maintenir les deux ouvertures séparées, pour rendre impossible la récidive, dans le cas où la suture viendrait à céder. Or, après l'opération de Kraske, cette séparation permanente sera bien difficile à obtenir : il faudrait se contenter de glisser entre l'intestin et les organes urinaires une mèche de gaze, qui n'aura qu'une utilité trés contestable, tandis que la plaie de la périnéotomie est admirablement disposée pour le tamponnement.

La périnéotomie est donc très supérieure à la résection sacro-coccygienne pour les fistules modérément élevées, j'entends celles qui ne dépassent pas la pointe du cul-de-sac de Douglas, — c'est sensiblement ce point qui forme la limite du champ d'exploration par le toucher rectal. — Mais si la fistule était située plus haut, il ne resterait que la ressource de l'opération de Kraske ; car dans ce cas, la voie périnéale ne permet plus d'attirer suffisamment la fistule à l'extérieur, la présence du sacrum et du coccyx mettant une limite au renversement du lambeau.

§ 3. Fistules recto-vaginales.

Les fistules recto-vaginales comptent parmi les plus tenaces des fistules génitales de la femme. Trois voies ont été utilisées pour les atteindre : le vagin, le rectum et le périnée.

L'opération par le vagin se pratique identiquement comme celle de la fistule vésico-vaginale ; mais elle n'est d'une exécution facile que lorsque la fistule est située suffisamment bas, que le vagin est suffisamment large et que la perte de substance n'est pas trop étendue. Mais les causes qui amènent l'établissement d'une communication anormale entre le vagin et le rectum, donnent souvent lieu à la production de cicatrices multiples, qui rétrécissent le conduit vaginal et le rendent inextensible. L'opération est encore difficile et d'un résultat incertain, lorsque la fistule est extraordinairement large ou profonde. La méthode autoplastique, à laquelle se rapporte le procédé de glissement décrit récemment par Le Dentu [1]), n'est pas plus applicable au vagin étroit, que l'avivement.

L'avivement et la suture par le rectum ont été proposés par Simon et Emmet. J'ai montré les inconvénients de ce procédé à propos des fistules vésico-rectales. Marc Sée, pour se donner du jour, a fait la rectotomie postérieure [2]) dont j'ai fait voir aussi les désavantages.

La voie périnéale a été plus fréquemment utilisée. Simon en Allemagne, Richet en France, Rizzoli en Italie s'en sont faits les défenseurs. Leur méthode consiste à transformer la fistule en une déchirure complète du périnée, c'est-à-dire à fendre la cloison recto-vaginale dans tout son segment sous-jacent à l'ouverture fistuleuse, dont on excise les bords. La plaie est ensuite fermée immédiament par une périnéorrhaphie ordinaire. Ce procédé n'a pas seulement été utilisé dans le cas où la fistule coexiste avec une déchirure périnéale, auquel cas le sacrifice de tissu à faire n'est pas grand, mais on n'a pas hésité à l'employer lorsque le périnée était absolument sain, et que c'était précisément sa résistance qui s'opposait à l'exécution du procédé intravaginal.

Il est incontestable que la section du périnée découvre très-bien

---

1) Le Dentu. Procédé d'occlusion des fistules recto-vaginales. Bull. et mém. de la soc. de chirurgie 1890, p. 589.

2) Marc Sée. Bull. et mém. de la soc. de chirurgie, 1890, novembre.

la fistule ; mais beaucoup de chirurgiens ne se résolvent que difficillement à sacrifier le périnée sain ; si la fistule n'est pas large, l'opération parait disproportionnée avec la lésion, et si la périnéorrhaphie échoue, fait toujours possible, on a substitué à une fistule qui ne laissait souvent passer que quelques gaz, un véritable cloaque.

Pour moi, je crois que l'on peut avantageusement remplacer dans beaucoup de cas, les procédés existants par la périnéotomie. Dittel[1]) a eu l'idée de cette application, après que Zuckerkandl eut fait connaitre son procédé d'hystérectomie ; Busch[2]) Sänger[3]) et Bazy[4]) ont dédoublé le septum à une assez grande hauteur ; mais c'est Quénu[5]) qui a fait le premier une périnéotomie méthodique pour une fistule recto-vaginale ; il sutura les deux orifices, laissa la plaie ouverte et incisa le sphincter en arrière, pour obtenir son relâchement.

Enfin, Félizet[6]) a pratiqué une opération analogue, mais au lieu de suturer les orifices après le dédoublement de la cloison, il fendit le rectum sous la fistule, et laissa l'ouverture vaginale se cicatriser par granulations. Ce procédé me parait bien inférieur à celui de Quénu : il sacrifie une partie du périnée et assure moins bien l'occlusion de l'orifice vaginal.

En somme, voici la conduite que je conseillerais de suivre. Pour les fistules situées très bas, on se conformerait aux règles en usage : on ferait, sans s'inquiéter de l'ouverture, la périnéorrhaphie d'après le procédé de Lawson Tait. Nous avons vu que c'est une périnéotomie incomplète. Par le fait de la suture, l'orifice fistuleux se trouverait oblitéré.

Mais si la communication anormale se trouvait vers la partie moyenne du vagin, c'est à la périnéotomie à lambeau qu'il faudrait recourir, en la faisant un peu moins étendue que l'opération typique ; une incision courbe, un peu plus large que celle de Nélaton, conviendrait très-bien. Le septum recto-vaginal serait dédoublé jusqu'à une distance d'au moins 2 centimètres au-dessus

---

1) Dittel. Wiener klin. Wochenschrift, 1889, nr 12.

2) Busch. Die Exstirpation des Mastdarmes mit Bildung, u. s. w , Berliner klin. Wochenschr. 1883, nr 15, s. 218.

3) Sänger Loc. cit., p. 30.

4) Bazy. Bull. et mém. de la soc. de chirurgie, novembre 1890.

5) Quénu. Ibid. 1890, p. 595.

6) Félizet. Fistule recto-vaginale guérie par un procédé particulier. Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie. Novembre 1890.

de la fistule, dont les bords seraient excisés. Les deux orifices seraient alors suturés successivement, et toute la plaie, tamponnée à la gaze iodoformée. Il pourrait être avantageux de placer le drain rectal de Hochenegg, pour assurer le passage des gaz. Ce n'est qu'après plusieurs jours, qu'on ferait la suture secondaire.

Si la fistule occupait la partie supérieure du vagin, il faudrait pratiquer une périnéotomie à lambeau typique, de manière à pouvoir déplacer suffisamment le rectum en arrière (Voir pl. III). Il va sans dire qu'il faut avoir soin de ne pas blesser le péritoine. Ces fistules élevées se distinguent souvent par l'étendue de la perte de substance. Si celle-ci occupe le sommet du cul-de-sac vaginal, il pourrait être avantageux, après avivement, de remonter le bord inférieur de la fistule et de le suturer à la lèvre postérieure du col, également avivée, au lieu d'utiliser pour la suture la mince bandelette de tissu vaginal encore adhérente à l'utérus. Le déplacement du vagin vers le haut est très-facile, grâce à la grande extensibilité de ce conduit dans le sens vertical. Traitement consécutif comme dans le cas précédent.

Ce procédé serait d'une application générale, quelles que soient la situation et la forme du trajet, quel que soit le diamètre du vagin. Il permet toujours d'aborder la fistule, et il l'aborde en dehors des cavités naturelles, dans une plaie large, où les sutures seront faciles à placer, et par conséquent solides, puisque le succès de la suture dépend surtout, en pareil cas, du soin avec lequel elle a été appliquée. Au surplus, après la périnéotomie, il est moins important qu'après le procédé ordinaire, d'obtenir la réunion complète. Si un point de suture vient à céder, le parallélisme des deux orifices étant rompu, une récidive n'est pas à craindre. C'est alors une fistule recto-périnéale qui s'établit, beaucoup moins rebelle à la guérison.

Mais le tamponnement est indispensable pour maintenir les deux orifices fistuleux séparés ; Quénu reconnaît que c'est pour avoir omis cette précaution que dans son cas, le résultat n'a pas été parfait d'emblée. Le même auteur a d'ailleurs constaté qu'après l'incision périnéale, le parallélisme se rompt plus ou moins de lui-même, parce que l'orifice vaginal remonte.

J'estime que la périnéotomie, qui respecte l'intégrité des organes pelviens, constituerait une intervention moins grave que l'opération de Simon, qui fend le sphincter, et expose par conséquent la malade à l'incontinence.

La perte de substance de la cloison recto-vaginale est quelquefois si considérable, que l'extirpation du segment rectal

correspondant est le seul moyen d'en obtenir l'oblitération. Bardenheuer a pratiqué cette opération par la voie sacrée, en emportant la région sphinctérienne [1]). En présence d'un cas analogue, il serait plus recommandable, je pense, de faire l'opération par la périnéotomie et de pratiquer, si possible, une résection au lieu d'une amputation, de manière à conserver la région sphinctérienne, si elle est saine.

Je préférerais aussi la résection du rectum à l'opération pratiquée par Leprévost [2]) qui, après avoir excisé la cloison recto-vaginale, la restaura au moyen d'un lambeau taillé dans la peau du périnée. Ce procédé sacrifie trop du rectum.

La technique opératoire des fistules vésico-vaginales est aujourd'hui si complètement fixée, que toute tentative d'innovation en cette matière parait pour le moins inutile. Cependant, si le procédé dit américain convient à la grande majorité des fistules, il en est où cette méthode rencontre de grandes difficultés. Ces lésions peu propres à l'avivement et à la suture par le vagin sont : les fistules vésico-utéro-vaginales, uretéro-vaginales, vésico-utérines. Même pour des fistules vésico-vaginales simples, il arrive que des rétrécissements cicatriciels du vagin en rendent l'abord difficile.

Trendelenburg a récemment proposé d'abandonner, dans ces cas, l'avivement classique par le vagin. et de pratiquer l'avivement et la suture par la vessie [3]). Mc Gill [4]) a eu recours avec succès à cette méthode et la croit même toujours supérieure à l'opération classique.

Je suis trop convaincu des grands avantages de la position élevée du bassin, pour contester qu'elle découvre la fistule beaucoup mieux que ce n'est souvent le cas par le vagin. Mais le procédé intravésical exige une opération préliminaire sérieuse ; il fait porter l'avivement sur une muqueuse beaucoup moins épaisse, moins résistante et plus vasculaire que celle du vagin ; il expose aux incrustations des fils de suture. Je sais bien que Trendelenburg

---

1) Bardenheuer. Interessante Capitel u. s. w. Op. cit. p. 181.

2) Leprévost (Hâvre). Sur un procédé de restauration du vagin après ablation de la cloison recto-vaginale. Congrès fr. de chir. 1891. Revue de chir. 1891. p. 424.

3) Fr. Trendelenburg. Ueber Blasenscheidenfisteloperationen u. s. w. Volkmann's Vorträge, nr 355. 1890. — Le même. Verschluss von sehr grosse Vesicovaginalfisteln vom suprasymphysären Querschnitte aus. Kongr. d. deutsch. Gesellsch. f. Chir. 1891. Centralbl. Beilage, s. 139.

4) Mc Gill. On an operation for vesico-vaginal fistula through a suprapubic opening in the bladder. Brit. med. Journal, nº 1558, p. 1068.

recommande, pour éviter ce dernier inconvénient, de faire traverser aux fils toute l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale, et de les nouer dans le vagin : mais si l'on peut nouer les fils dans le vagin, ne pourrait-on aussi pratiquer l'avivement par cette voie ?

En face d'un de ces cas, où la méthode vaginale est d'une exécution trop difficile, je préférerais, plutôt que de recourir au procédé de Trendelenburg, faire une périnéotomie, dans le seul but de mettre l'orifice vaginal de la fistule largement à découvert. L'opération préliminaire serait la même que celle que je décrirai plus loin pour l'hystérectomie, avec cette différence que je ne pousserais pas le dédoublement de la cloison recto-vaginale jusque dans la cavité péritonéale : il suffirait de disséquer jusqu'à une petite distance au-dessus du niveau de la fistule. Le vagin serait alors fendu verticalement en arrière, ainsi que je le dirai plus loin, et dès ce moment, la cavité vaginale deviendrait une surface plane, largement exposée, au milieu de laquelle la fistule serait très-facile à aviver et à réunir [1]).

---

1) Au dernier Congrès Français de chirurgie (1892) Michaux a recommandé dans le même but une périnéotomie latérale antéro-postérieure, traversant la fosse ischio-rectale, et ouvrant la paroi latérale du vagin, après incision du releveur. (Voir Revue de Chirurgie Mai 1892, p. 442). Mais, ainsi que l'a fait observer Picqué, ce procédé ne serait pas applicable chez les femmes obèses, à cause de la grande épaisseur de tissus à traverser. Le même reproche ne pourrait être fait à la périnéotomie à lambeau.

CHAPITRE VII.

Application de la périnéotomie à l'extirpation de l'utérus.

Depuis qu'en 1879, Czerny de Heidelberg reprit l'opération de Sauter, de Langenbeck l'ancien et de Récamier, l'hystérectomie vaginale a été universellement acceptée, et pratiquée un très-grand nombre de fois. Sa technique est aujourd'hui parfaitement fixée, et la facilité de son exécution, jointe à la bénignité de ses suites, en ont fait la méthode normale pour l'extirpation de l'utérus. Certains opérateurs ont vu sa mortalité baisser entre leurs mains presqu'au niveau de celle de la simple ovariotomie (Fritsch, Leopold).

En règle générale, l'hystérectomie vaginale est une opération simple et facile ; mais il faut pour cela certaines conditions, que je grouperai sous quatre chefs :

1° La vulve et le vagin doivent être suffisamment larges, ou du moins suffisamment dilatables. Si l'un de ces organes, ou les deux simultanément, sont congénitalement étroits, ou rétrécis par des brides cicatricielles, ou encore atteints d'atrophie sénile, si le périnée est très-résistant, le col utérin devient difficilement accessible, et il est nécessaire alors de recourir à des manœuvres spéciales. Péan, Terrier furent obligés de faire la dilatation de la vulve, Martin, Baker, Billroth, Czerny, Dührssen et d'autres ont divisé largement le périnée, pour se donner du jour, et ont fait suivre l'hystérectomie d'une périnéorrhaphie. Mais ces expédients ne suffisent pas toujours. C'est ainsi que Schroeder,

en présence d'une atrophie sénile du vagin, dut renoncer à l'extirpation vaginale, et recourir à la laparotomie. Segond fut obligé de faire de même dans un cas où le canal vulvo-vaginal était fort étroit : l'opération, commencée par le vagin, dut être terminée par l'abdomen 1).

2° Il faut que le volume de l'utérus n'excède pas trop le volume normal ; un utérus trop gros nous ramènerait aux conditions du vagin trop étroit. On conçoit qu'il n'est guère possible d'indiquer ici une limite maxima; tout dépend de la largeur et de la dilatabilité du vagin, choses essentiellement variables. Il m'est, en tous cas, difficile d'admettre avec Czerny, que la méthode vaginale permette l'extirpation de tumeurs ayant jusqu'au volume d'une tête d'enfant nouveau-né ; il ajoute, il est vrai, que pour ces dimensions extrêmes, il est souvent nécessaire de fendre le périnée et quelquefois, de terminer l'ablation par le ventre, ce qui revient à avouer que l'hystérectomie vaginale est inexécutable dans ces cas.

3° L'utérus doit être suffisamment abaissable, non seulement parce que la facilité avec laquelle il suit les tractions, laisse présumer l'intégrité des ligaments larges, dont l'envahissement contre-indiquerait formellement l'opération, mais parce que l'abaissement du col est indispensable, si l'on veut pouvoir procéder avec sûreté à la dissection de l'espace vésico-utérin. Au fond du vagin, cette dissection doit se faire aveuglément, et devient par conséquent dangereuse, en exposant à la blessure des organes urinaires : elle devient aussi très-difficile, parce qu'elle se passe au fond d'une cavité. On s'explique ainsi que des opérateurs habiles, Terrier entr'autres, aux prises avec ces difficultés, aient été obligés de terminer par l'opération de Freund 2). La mobilité de l'utérus est d'ailleurs très-variable, et les résistances qu'on rencontre ne permettent pas de conclure toujours à l'envahissement des ligaments : l'abaissement peut être difficile et même impossible, alors que les ligaments ne prennent aucune part à la dégénérescence, comme Bouilly l'a signalé, et comme je l'ai vu moi-même plus d'une fois sur le cadavre. Quelquefois dans ces cas, on trouve des adhérences de nature inflammatoire, mais assez souvent, la fixité de l'utérus dépend uniquement de la brièveté des ligaments, sans qu'ils offrent aucune altération appréciable.

---

1) L. Secheyron. Traité d'hystérotomie et d'hystérectomie par la voie vaginale. Paris 1889, p. 482.

2) Secheyron. Op. cit., p. 438.

4° Le néoplasme ne peut pas avoir envahi les tissus périutérins. Cette condition ne résulte pas seulement de la nécessité d'abaisser l'utérus, mais de ce fait qu'en opérant par le vagin, on s'expose à atteindre l'uretère, dès qu'il faut s'éloigner du bord utérin pour placer les ligatures ou les pinces hémostatiques.

On conçoit que, d'après que ces quatre conditions se trouveront plus ou moins réalisées, l'hystérectomie sera plus ou moins facile. Il est rare, en somme, qu'elle soit une opération à ciel ouvert : à moins d'avoir affaire à un canal vulvo-vaginal extraordinairement large, et à un utérus extraordinairement abaissable, la libération du col et l'hémostase des ligaments larges se font toujours en partie sans le secours de la vue. Ce seul fait explique suffisamment les nombreux accidents qui peuvent survenir pendant l'hystérectomie, et dont les principaux sont l'hémorrhagie, les lésions de la vessie, et la blessure des uretères.

L'hémorraghie peut être immédiate ou consécutive. Le plus souvent, elle résulte du glissement des pinces ou des fils, mal appliqués par suite du défaut d'espace. Au témoignage de Secheyron [1]), plusieurs morts doivent être certainement attribuées à cet accident.

Les rapports anatomiques intimes du bas-fond de la vessie avec le col utérin, rendent compte des lésions du réservoir urinaire : les deux organes ne sont séparés que par une couche peu épaisse de tissu cellulaire ; c'est pendant la division de ce tissu, que le doigt est exposé à perforer la paroi vésicale.

L'uretère a été atteint par de nombreux chirurgiens, et des plus habiles : Richelot, J. Boeckel, Lannelongue (de Bordeaux), Schatz, etc. Pour bien comprendre la manière dont cet accident se produit, il faut se bien figurer les connexions de ce conduit avec les organes génitaux. Ces rapports ont été étudiés par Luschka, His, Spiegelberg, Hegar, de Garrigues. D'un autre côté, les nouveaux procédés d'exploration imaginés dans ces dernières années, nécessitèrent une étude anatomique de la part de Sänger, pour le palper de l'uretère [2]) et de Pawlik, pour le cathétérisme des mêmes conduits [3]). Enfin, quelques recher-

---

1) Secheyron. Op. cit., p. 513.

2) Sänger. Ueber Tastung der Harnleiter beim Weibe. Archiv. f. Gynäkologie, XXVIII, Heft 3.

3) Pawlik. Ueber die Harnleitersondirung beim Weibe. Langenbeck's Archiv. XXXIII, Heft 3.

ches anatomiques sur l'uretère ont été entreprises au point de vue même de l'hystérectomie vaginale : je citerai les travaux de Ricard [1]), Hallé [2]), Pantaloni [3]).

D'une manière générale, on peut dire que l'uretère est situé d'autant plus près de l'utérus qu'on le considère plus bas. D'après Ricard [4]), au niveau des symphyses sacro-iliaques, il y a chez la femme 10 ctm. d'écartement entre les deux uretères ; en face des bords de l'utérus, la distance n'est plus que de 7 ctm., et au niveau de leur embouchure, 4 ctm. seulement les séparent. Or, le diamètre transversal du bassin étant de 12 ctm., si l'on divise ce diamètre en trois parties égales, on peut dire que l'utérus occupe le tiers moyen. De chaque côté de lui, il reste ainsi un espace de 4 centimètres, dans lequel passe l'uretère à 2 1/2 ctm de la paroi pelvienne, et à 1 1/2 ctm de l'utérus (Ricard). L'évaluation de cette distance m'a semblée exacte, mais seulement au niveau du col utérin. Plus haut, au niveau du corps, l'écartement est plus considérable, par suite du trajet oblique du conduit urinaire.

Tels sont les rapports au niveau des bords latéraux de l'utérus, dans l'épaisseur des ligaments larges. Mais avant d'aborder la vessie, l'uretère longe les culs-de-sac vaginaux. Sa direction est oblique en bas et en avant, et il répond successivement au cul-de-sac latéral, puis au cul-de-sac antérieur, jusqu'à 2 centimètres de la ligne médiane, où il se termine. Dans toute cette portion vaginale de son trajet, l'uretère est directement appliqué contre la paroi du vagin ; Hallé [5]) affirme même que les deux organes sont difficiles à séparer par la dissection, ce que je n'ai pas constaté. C'est ce rapport intime, immédiat, qui explique la possibilité de palper l'uretère par le vagin (méthode de Sänger). J'ai constaté que dans ce trajet vaginal, l'uretère conserve sa distance de l'utérus, c'est-à-dire qu'il court sensiblement à 1 1/2 ctm. sous l'insertion vaginale au col. Ce dernier rapport est de la plus haute importance pour l'hystérectomie : il en résulte qu'on peut éviter sûrement l'uretère, en plaçant l'incision vaginale tout près du col, et en tout cas, à moins de 1 1/2 centimètres de ce dernier.

Mais, ainsi que le fait remarquer Ricard, et que je l'ai vérifié, ces rapports changent lorsque l'utérus est abaissé, comme dans

---

1) Ricard. De quelques rapports anatomiques de l'artère utérine et de l'uretère, à propos de l'hystérectomie vaginale. Semaine médicale, 2 févr. 1887, p. 39.

2) Noël Hallé. Uretérites et pyélites. Paris 1887, pp. 17-32.

3) J. Pantaloni. La portion pelvienne des uretères chez la femme. Thèse de Paris, 1888.

4) Ricard. Loc. cit., p. 40.

5) Hallé. Op. cit., p. 25.

l'hystérectomie vaginale. L'utérus, tiré en bas, descend plus vite que la vessie : il s'enfonce entre les deux uretères, qui se rapprochent ainsi notablement des bords utérins ; mais le point de croisement se fait plus haut que le col, et les uretères conservent leurs rapports avec le vagin.

De ces notions anatomiques, il résulte qu'il y a un double danger de blesser les uretères au cours de la colpohystérectomie : d'abord au moment de l'incision des culs-de-sac antérieur et latéraux, si cette incision est placée trop bas, en second lieu, au moment de l'hémostase des ligaments larges, si les pinces ou les ligatures s'éloignent trop du bord utérin. L'abaissement indispensable de l'utérus ajoute encore à ce dernier danger.

.C'est l'insuffisance de la méthode vaginale dans des cas déterminés, qui a fait chercher d'autres moyens d'atteindre l'utérus. Si nous faisons abstraction de la laparotomie, condamnée pour l'extirpation de l'utérus carcinomateux, et du procédé mixte, abdomino-vaginal (Delpech, Rydygier, Martin, Bouilly), également très-grave, on a utilisé la voie sacrée et la voie périnéale. En 1888, trois ans après la première communication de Kraske sur la résection du rectum, Hochenegg[1]) a proposé d'avoir recours à la résection sacro-coccygienne pour l'ablation de l'utérus ; presqu'en même temps, Herzfeld[2]) faisait connaitre, de son côté, un procédé d'hystérectomie sacrée. Depuis lors, la même opération a été pratiquée par Gersuny, Ullmann, Hegar[3]), Fr. Salzer[4]) Czerny[5]), Kraske[6]), Roux, de Lausanne[7]), Zinsmeister, Terrier[8]).

---

1) J. Hochenegg. Die sacrale Operationsmethode in der Gynäkologie. Arb. u. Jahresb. der k. k. I chir. Univ.-Klinik zu Wien. 1889, s. 117. — Beiträge zur Chirurgie des Rectum und der Beckenorgane. — Ibid., p. 150.

2) C. A. Herzfeld Ueber die Anwendung des Kraske'schen Verfahren in der Gynäkologie. Allgem. Wiener medezin. Zeitung, 1888, nr 34, s. 411.

3) Bernh. von Beck. Ein Fall von osteoplastischer Resektion des Kreuzsteissbeines mit nachfolgender Exstirpation eines carcinomatösen Uterus. Münchener med. Wochenschr. 1889, nr 14, et Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynäkologie 1889.

4) F. Salzer. K. k. Ges. d. Aerzte in Wien. 22 febr. 1889. Wiener klin. Wochenschrift, 1889, nr 9, s. 186.

5) V. Czerny. Ueber Exstirpatio uteri sacralis. Verhandl. der Natur. med. Vereins zu Heidelberg, N. F. Bd. IV, Heft 9. — Beiträge zur klin. Chirurgie, Bd. VII, Heft 2, s. 477.

6) Edwin E. Goldmann. Zur Frage nach der Verwendbarkeit der sacralen Methode für Gynäkologische Operationen. Beiträge z. klin. Chirurgie, Bd. VII, Heft 2, s. 469.

7) Roux. De l'accès aux organes pelviens, etc., loc. cit.

8) F. Terrier. Deux ablations d'utérus cancéreux par la voie sacrée. Congrès français de chirurgie, 5e session, 1891. Revue de chirurgie, 1891, mai, p 420.

La méthode consiste, après résection définitive ou temporaire du coccyx et de l'extrémité inférieure du sacrum, à longer le côté du rectum pour atteindre le cul-de-sac péritonéal recto-vaginal, à ouvrir celui-ci, à attirer l'utérus en arrière, à sectionner de haut en bas les ligaments larges, à faire basculer l'organe dans la plaie sacrée et à libérer finalement le col, en disséquant de haut en bas l'espace vésico-utérin.

L'avantage capital de ce procédé, celui qui porte en lui tous les autres, est l'étendue du champ opératoire qu'il fournit. Sur le cadavre, l'utérus ayant son volume normal, il est remarquable combien la résection sacro-coccygienne met largement à découvert tous les organes génitaux internes : le fond et la face postérieure de l'utérus, les ligaments larges, les trompes, les ovaires sont visibles dans tous leurs détails ; il est même facile de voir, par-dessus la vessie, la paroi abdominale antérieure.

Il résulte de là que la méthode sacrée a reculé la limite d'opérabilité du carcinome utérin, en rendant possible l'extirpation de tumeurs volumineuses. Elle facilite l'hémostase des ligaments larges, parcequ'elle permet de voir et de lier directement l'artère utérine ; elle permet l'extirpation de néoplasmes étendus aux tissus péri-utérins : Czerny a pu extirper par dissection et enlever avec l'utérus une volumineuse tumeur para-utérine [1]) Elle permet enfin d'attaquer avec beaucoup plus de sécurité et de facilité que par le vagin, des utérus immobilisés, et qu'il est difficile ou impossible de faire basculer dans le Douglas.

Mais c'est une opération longue, — Czerny avoue qu'elle dure en moyenne deux heures, — très-sanglante, et par conséquent d'un pronostic beaucoup plus grave que l'hystérectomie vaginale. Elle offre d'ailleurs quelques inconvénients.

D'abord la résection osseuse doit être large : une plaie peu étendue crée de grandes difficultés, non seulement pour l'extraction de la tumeur, mais pour le placement des ligatures (Hegar [2]), Terrier [3])).

Il peut être difficile de reconnaitre le cul-de-sac péritonéal qu'il s'agit d'ouvrir. Les choses se compliquent surtout, lorsque le tissu sous-péritonéal est épaissi ou infiltré de graisse. Hegar, Terrier, Zinsmeister se sont trouvés aux prises avec cette

---

1) Czerny loc. cit p. 480.

2) Voir Wiedow, loc. cit. p. 203 (2e cas).

3) Terrier, loc. cit. (2e cas.)

complication et je l'ai moi-même rencontrée sur le cadavre. Il n'existe alors aucune ligne de démarcation entre le rectum, le cul-de-sac de Douglas et le vagin ; on se trouve devant une lame épaisse de tissu fibreux ou graisseux, dans laquelle on ne reconnait aucun des organes pelviens, et qu'il faut déchirer au hasard. Dans une telle circonstance, Hochenegg a un jour blessé le rectum [1]).

La facilité d'inspecter les annexes dans la plaie de la sacrotomie, a fait dire que cette méthode permettait d'éviter à coup sûr les uretères. On peut cependant s'assurer, à la lecture des quelques observations publiées, que lorsque l'un des ligaments larges est envahi par le néoplasme — et c'est souvent le cas quand on intervient par l'incision postérieure, — il peut être encore difficile de s'orienter et que la blessure de l'uretère n'est pas du tout un accident inconnu dans le coûrs de l'hystérectomie sacrée. Hochenegg [2]), Czerny [3]), Terrier n'ont pu éviter cet accident. Je crois même, contrairement à l'avis des promoteurs de l'opération, qu'elle ne sauvegarde pas l'uretère beaucoup mieux que le procédé vaginal, même lorsque les ligaments utérins sont restés sains. Sans doute, dans ce dernier cas, la portion intraligamentaire de ce conduit sera facile à reconnaitre et à éviter, mais son segment terminal, qui plonge sous le repli péritonéal vésico-utérin, ne pourra être reconnu qu'après l'incision du péritoine, pendant la dissection du tissu cellulaire préutérin. Or, quelle que soit la position que l'on donne à l'utérus, la portion sous-péritonéale de l'uretère conserve invariablement les mêmes rapports intimes avec le col et les culs-de-sac vaginaux. Le danger sera donc en somme le même dans l'hystérectomie sacrée et dans l'hystérectomie vaginale ; la seule différence, c'est que dans le procédé sacré, la libération du col se fait de haut en bas, au lieu de se faire de bas en haut. Or, il est reconnu que la dissection faite de haut en bas est plus difficile et expose davantage à atteindre l'uretère que le procédé inverse. Aussi Czerny recommande-t-il de faire précéder l'hystérectomie sacrée, par l'incision vaginale et la dissection circulaire du col, c'est-à-dire par le premier temps de l'hystérectomie vaginale. C'est l'application à la méthode sacrée, de la modification introduite par Delpech et Rydygier dans la technique de l'opération de

---

1) Hochenegg. Loc. cit., p. 156.
2) Hochenegg, Loc. cit. p. 156.
3) Czerny. Loc. cit. p. 480 (3e cas).

Freund : là aussi, on a renoncé à disséquer le col par la cavité pelvienne ; on préfère aujourd'hui l'attaquer par le vagin, et faire ainsi un procédé mixte, vagino-abdominal.

En somme donc, si l'hystérectomie par la voie sacrée permet de mettre sûrement l'uretère à l'abri pendant l'hémostase des ligaments larges, le conduit urinaire est aussi exposé que dans le procédé vaginal à être atteint pendant la dissection du col utérin ; à ce point de vue, les deux méthodes se valent.

Enfin, lorsque les ligaments ont perdu leur extensibilité, qu'ils sont devenus rigides, et fixent plus ou moins l'utérus, le renversement de l'organe peut être difficile et, dans ces cas, la méthode sacrée peut devenir extrêmement laborieuse (Hochenegg [1]), Hegar [2]).

Je ne m'occuperai pas de l'application à l'hystérectomie de la méthode parasacrée de Zuckerkandl-Wölfler. Son insuffisance, reconnue pour l'extirpation du rectum est, à plus forte raison, manifeste quand il s'agit d'atteindre l'utérus. Mais je dois examiner le parti qu'on a tiré jusqu'ici, de la méthode périnéale, pour l'ablation de cet organe.

Dès sa première communication [3]), O. Zuckerkandl esquissait en quelques mots, la manière de procéder à l'hystérectomie périnéale. Dans un second travail paru peu de temps après [4]), il étudie plus longuement le même sujet. Après l'exécution de la périnéotomie à lambeau, il saisit la matrice par son sommet, lui fait exécuter un mouvement de bascule en arrière, qui amène son fond à la surface de la plaie. L'utérus est alors en rétroflexion forcée, sa face postérieure est tournée du côté ventral et sa face antérieure du côté dorsal. Un sillon transversal se montre sur la face antérieure : c'est l'espace entre l'utérus et la vessie, au niveau duquel le cul-de-sac péritonéal s'est effacé, par suite du renversement de l'organe. Zuckerkandl affirme que ce mouvement entraine les annexes dans la plaie. Il procède alors à la ligature des ligaments larges, en commençant par leur bord libre ; puis une incision transversale est faite dans le péritoine, au-dessus du sillon de séparation de la matrice et de la vessie, et celle ci est disséquée au moyen d'instruments

---

1) Hochenegg. Loc. cit., p. 155.

2) Hegar. Verhandl. der deutschen Gesellsch. f. Gynäk., III Kongr., Freiburg, 1889. — Leipzig, 1890, s. 297.

3) O. Zuckerkandl. Ein neues Verfahren, u. s. w., op. cit., p. 252.

4) O. Zuckerkandl. Ueber die Blosslegung des Uterus mittelst Spaltung des Septum recto-vaginale auf dem Wege eines perinealen Lappenschnittes. Wiener med. Presse, 1889, nr 12, s. 564.

mousses ; enfin il sectionne transversalement le vagin. Quant au traitement de la plaie, il suture les deux feuillets péritonéaux, après avoir réduit dans la cavité pelvienne les moignons des ligaments larges, ou bien, suture les moignons aux angles de l'incision péritonéale, pour les exclure de la cavité séreuse.

D'après O. Zuckerkandl, l'opération qu'il propose offre tous les avantages de l'opération de Kraske : la voie d'accès est toute aussi large ; comme dans l'hystérectomie sacrée, on peut examiner l'utérus et ses annexes, sectionner les ligaments larges en s'aidant de la vue, lier isolément l'artère utérine, éviter la blessure des uretères. Le procédé périnéal, mettant à nu tout le système génital interne, permettrait donc une extirpation à la fois plus sûre et plus étendue que le procédé vaginal ; il permettrait notamment d'enlever avec l'utérus, les ovaires, les trompes, et une partie des ligaments larges, ce que Zuckerkandl considère comme un complément indispensable de l'hystérectomie pour cancer.

De plus, Zuckerkandl estime que son procédé est supérieur à l'opération de Kraske, parce qu'il laisse le squelette intact, et qu'il conduit sûrement sur le cul-de-sac de Douglas, par une voie directe, et en quelque sorte anatomiquement préformée.

L'hystérectomie périnéale a été pratiquée sur le vivant par quelques chirurgiens [1]); en premier lieu, par le prof. Frommel d'Erlangen, pour un cancer de la lèvre postérieure, propagé au vagin [2]). Mais il modifia le procédé comme Czerny avait modifié la méthode sacrée, c'est-à-dire qu'il commença par inciser dans le vagin le cul-de-sac antérieur, et par séparer aussi loin que possible la vessie du col utérin ; pour le reste de l'opération, il suivit exactement la technique de Zuckerkandl. Il put s'aider de la vue pour faire les ligatures, et enlever, mieux qu'il n'eût été possible de le faire par le vagin, une partie du tissu cellulaire avoisinant le col.

Se basant sur cette observation, Frommel estime que l'hystérectomie périnéale, tout en étant une opération longue et difficile, produit moins de délabrements que la méthode sacrée, et qu'elle se recommande dans les cas où il s'agit de faire une extirpation large, portant sur les tissus périutérins.

1) A en croire Lorenz. (k. k. Gesellsch. der Aerzte in Wien. 22 febr. 1889. Wiener klin. Wochenschr. 1889, nr 9, s. 186). Nussbaum se serait servi autrefois d'un procédé analogue à celui de Zuckerkandl, mais il aurait fait une simple incision transversale, puis, ouverture du Douglas, renversement de l'utérus et extirpation. L'opération parut facile, mais la malade mourut.

2) Prof. R. Frommel. Ueber Totalexstirpation des Uterus vom Damm aus. Münchener med. Wochenschr, 1889, nr 31 et : Verhandl. d. deutschen Gesellsch, f. Gynäk. III Kongress 1889. Leipzig 1890, s. 285.

Dans le cas de Rosthorn [1]), le résultat de l'opération fut beaucoup moins satisfaisant. Il s'agissait d'un sarcome si volumineux du cul-de-sac vaginal postérieur et de la lèvre postérieure, qu'il fallut renoncer à l'extirpation totale [2]).

Indépendamment de ces applications cliniques, l'hystérectomie périnéale a fait l'objet d'une étude sur le cadavre de la part de Sänger. Cet auteur [3]) a pu, sans notables difficultés, faire basculer la matrice en arrière, et l'amener dans la plaie, mais pas assez superficiellement pour que sa libération fût chose facile. Jamais, il ne vit les annexes suivre l'utérus renversé, et même après extirpation de la matrice, il lui fut souvent très-difficile, voire impossible, d'arriver jusqu'à elles.

De mon côté, j'ai pratiqué un grand nombre de fois l'opération sur le cadavre, en me conformant à la technique indiquée par Zuckerkandl. En général, j'ai trouvé le procédé difficile. Sur quelques sujets, la matrice basculait bien, et je parvenais sans trop d'efforts, à amener sa face antérieure devant les yeux ; dans les mêmes cas, les annexes suivaient le déplacement et venaient se montrer dans la plaie, à côté de l'utérus. C'étaient des femmes chez lesquelles les ligaments utérins étaient fortement relâchés. Mais d'autres fois, et plus souvent, j'ai rencontré de sérieuses difficultés, et c'était à grand peine que je parvenais à attirer dans la plaie le fond utérin, sans pouvoir exposer sa face antérieure. Introduisant l'autre main dans la cavité pelvienne, je reconnaissais que l'obstacle provenait surtout de la tension des ligaments, utéro-sacrés : si j'entamais aux ciseaux le bord libre de ces ligaments, l'utérus devenait plus mobile. Contrairement à l'opinion de Sänger [4]), je ne crois pas que la dissection préalable du col utérin facilite beaucoup le mouvement de bascule : son utilité est autre, comme nous le verrons bientôt.

On conçoit que si le renversement de l'utérus est souvent si malaisé alors que les organes sont sains, il doive devenir presqu'impossible, lorsque les ligaments larges sont infiltrés et rigides. Nous

1) A. Rosthorn. Zur Kenntniss des primären Sarkoms der Portio vaginalis und der Vagina. Wiener klin. Wochenschrift, 1889, nr 38, s. 729.

2) Sur la foi de Czerny, j'ai cité dans l'historique Börner, de Graz, comme ayant pratiqué l'hystérectomie vaginale. La première partie de ce travail avait paru, lorsque Börner me fit savoir que Czerny l'avait cité à tort, et qu'il n'avait pas fait l'opération en question.

3) Max Sänger. Ueber Dermoidcysten, u. s. w., op. cit. — Ueber Operation von Geschwülsten des Beckenbindegewebes durch Perineotomie. Verhandl. d III gynäk. Kongr. 1889. Leipzig 1890, s. 287.

4) Sanger. Loc. cit., p. 7 du tiré-à-part.

avons vu qu'en pareil cas, on a souvent de la peine à lui faire exécuter la rotation de 90° environ qu'exige l'hystérectomie sacrée ; comment espérer lui faire subir la rotation de 180°, indispensable dans le procédé périnéal ? Or, si le renversement n'était pas complet, l'hémostase des ligaments larges se ferait dans des conditions plus mauvaises que par le vagin. O. Zuckerkandl reconnait d'ailleurs que son procédé est inapplicable lorsque l'utérus est fixé [1] : cet aveu condamne sa méthode, puisqu'à part le cas d'atrésie du vagin ou de volume excessif de l'utérus, l'indication des méthodes extra-vaginales est précisément fournie par l'envahissement des tissus périutérins.

Outre ce défaut capital d'exiger un mouvement de rotation qui sera ordinairement inexécutable, le procédé de O. Zuckerkandl présente secondairement l'inconvénient d'attaquer de haut en bas l'espace vésico-utérin. On peut bien, comme Frommel, procéder d'abord à la dissection du col par le vagin ; mais une des indications de l'hystérectomie perinéale serait l'étroitesse du canal vulvo-vaginal. Introduire dans le procédé de O. Zuckerkandl, la libération préalable du col, c'est donc restreindre encore les indications de ce procédé. Inapplicable lorsque l'utérus est immobilisé, inapplicable lorsque le vagin est trop étroit, la méthode périnéale ne conviendrait plus qu'aux cas beaucoup plus rares où le seul volume de l'utérus défend de recourir à l'hystérectomie vaginale. .

Si l'on veut que la méthode périnéale réponde à toutes les indications des procédés extravaginaux, il faudrait donc chercher à l'exécuter sans faire basculer l'utérus, et à la rendre applicable aux cas d'étroitesse du vagin. Avant d'exposer la manière dont je crois avoir réalisé ces conditions, je dois m'arrêter un instant à un procédé auquel le prof. Kufferath, de Bruxelles, a eu recours, dans un cas où l'étroitesse du vagin, la situation élevée de l'utérus et le volume de l'organe, rendaient le procédé vaginal impraticable [2].

Il fit une incision longeant le bord du sacrum et du coccyx, contournant l'anus, et se terminant à la commissure postérieure de la vulve. Il pénétra ainsi dans le sinus ischio-rectal, sépara le rectum du vagin, incisa celui-ci verticalement sur la ligne médiane postérieure, et ouvrit le cul-de-sac péritonéal. Il procéda ensuite à la dissection de la face antérieure du col, et bientôt l'utérus ne tint plus que par les ligaments larges, dont la ligature constitua

1) O. Zuckerkandl. Ueber die Blosslegung des Uterus, u. s. w., loc. cit., p. 469.

2) Kufferath. Ablation de l'utérus par le vagin. Bull. de la Soc. belge de Gynécologie et d'obstétrique, 1890, n° 5.

le point délicat de l'opération : on fut obligé de laisser une longue pince à demeure. Malheureusement, l'un des uretères avait été saisi et l'opérée mourut d'urémie.

Comme on le voit, le procédé de Kufferath est un procédé mixte, tenant à la fois de la méthode parasacrée et de la méthode périnéale; il se distingue surtout par la section verticale du vagin, qui procure un avantage sérieux. La plaie qui résulte de cette opération est énorme, mais j'estime qu'elle est moins bien disposée que celle de la périnéotomie à lambeau. Le cas de Kufferath prouve d'ailleurs qu'elle ne suffit pas toujours pour rendre la section des ligaments larges facile. Aussi l'auteur ajoute-t-il qu'au besoin on peut, comme dans l'opération de Kraske, y ajouter la résection sacro-coccygienne ; mais la plaie aurait certainement alors des dimensions exagérées.

Voici maintenant comment je proposerai de pratiquer l'hystérectomie par la voie périnéale.

Je commence par une périnéotomie à lambeau, pratiquée de la manière décrite plus haut. Lorsque le péritoine est largement ouvert, le rectum est maintenu rétracté en arrière, contre le coccyx, et la paroi antérieure du vagin est relevée contre le pubis. A coup de ciseaux, je fends alors de bas en haut la paroi vaginale postérieure sur la ligne médiane, jusqu'à l'insertion du vagin au col utérin, et aussitôt un crochet implanté dans chacune des lèvres de l'incision, vers sa partie supérieure, la maintient béante. Les deux canaux qui conduisaient à la matrice, l'un naturel, le vagin, l'autre artificiel, la plaie de la périnéotomie, sont maintenant réunis en un seul, sensiblement aussi large que le détroit inférieur tout entier. Le col n'occupe pas exactement l'axe de cette cavité : il est reporté en avant, laissant entre lui et la paroi postérieure de la plaie — le rectum —, une ouverture large de communication avec la cavité pelvienne 1). (Voir pl. IV.)

Le col de l'uterus est alors saisi dans une pince tire-balle, et maintenu fixé. Il est inutile d'exercer aucune traction pour le faire descendre : la largeur de la voie d'accès permet de le laisser en place. Le vagin étant bien étalé par des aides, au moyen de crochets, devient presque une surface plane. On incise alors, dans toute sa largeur, l'insertion vaginale au col et, pendant qu'un aide retire le vagin et la vessie en avant, vers la symphyse pubienne, le chirurgien tire le col en arrière, et dissèque sa face antérieure, en prenant

1) L'incision verticale du vagin, après périnéotomie, a été indiquée aussi par Sänger (Ueber Dermoidcysten, u. s. w., p. 35).

les précautions d'usage. De temps en temps, on contrôle le chemin parcouru, en introduisant la main dans la plaie périnéale, et en plongeant un ou deux doigts, par dessus l'utérus, dans le cul-de-sac vésico-utérin : à un moment donné, le doigt, coiffé du péritoine, arrive dans la plaie. La séreuse est ouverte d'un coup de ciseaux, et l'ouverture aussitôt agrandie de chaque côté jusqu'au bord de l'utérus. Celui-ci n'est plus maintenu que par les ligaments larges. Avant de les attaquer, on s'assure, par la main introduite, de leur degré de rigidité, de l'extension éventuelle du néoplasme à leur tissu, de l'état de l'ovaire et de la trompe.

Le col est alors tiré à droite, si l'on commence par le ligament gauche, ce qui me parait le plus facile. Si l'utérus a conservé une certaine mobilité, et qu'on peut l'abaisser un peu, je conseillerai de couper la base du ligament directement aux ciseaux, a petits coups, et de lier au fur et à mesure les vaisseaux qui donnent. On arrive ainsi graduellement à l'artère utérine, que l'on peut lier isolément. (Voir pl. IV.) La partie principale de l'hémostase étant ainsi assurée, le segment supérieur du ligament large est lié en deux étages. On pourra faciliter notablement le placement des ligatures, en attirant en bas le bord supérieur du ligament large au moyen d'un crochet mousse.

Il va sans dire qu'on ne peut pas s'éloigner des bords utérins de plus de 1 1/2 ctm. Une bonne précaution consiste à faire rétracter constamment les parties antéro-latérales de la plaie, au moyen de larges crochets.

Lorsque le ligament large est entièrement détaché d'un côté, on attaque l'autre de la même manière ; mais ici, la manœuvre est ordinairement beaucoup plus facile, par suite de la mobilité plus grande que l'utérus a acquise.

Si l'organe était fixé au point de ne pas pouvoir descendre de la moindre quantité, on serait obligé de renoncer à la ligature isolée de l'artère utérine, et s'il était non seulement immobilisé, mais situé très-haut, le placement des ligatures elles-mêmes pourrait offrir de telles difficultés, qu'il serait préférable de recourir à la forcipressure.

Si le néoplasme avait dépassé les limites de l'utérus, et envahi les ligaments larges, je ne conseillerais pas de tenter d'emblée l'ablation totale ; car on serait exposé ainsi à trop s'éloigner latéralement. Il vaudrait mieux, même dans ce cas, faire la section contre le bord utérin, quitte à reprendre en sous-œuvre l'enlèvement des tissus morbides qui seraient restés en place. L'ablation de ces

parties dans un second temps serait d'autant plus facile que l'utérus disparu aurait déblayé le terrain.

Voici comment je conseillerais de traiter la plaie. On commence par reconstituer le vagin, en fermant d'abord l'ouverture supérieure et en plaçant les fils par l'extérieur du canal, c'est-à-dire par la plaie périnéale, ce qui est beaucoup plus facile que de les placer par l'intérieur. Une seconde rangée, également placée par l'extérieur, réunit la section verticale du vagin, en commençant par la fourchette. Il sera bon de tamponner tout le reste de la plaie pendant quelques jours, puis de faire la suture secondaire étagée.

Le procédé mixte que je viens de décrire, et que l'on pourrait appeler périnéo-vaginal, me parait réaliser les meilleures conditions pour l'extirpation des tumeurs non justiciables de l'hystérectomie vaginale. Je n'ai pas besoin de dire que mon procédé, pas plus que ceux de Hochenegg-Herzfeld et de Otto Zuckerkandl, ne peut avoir la prétention de remplacer le procédé vaginal; mais, à l'encontre de ces derniers, il pourrait être utilisé dans tous les cas où l'hystérectomie vaginale n'est pas praticable.

Il faudrait que la tumeur ait un volume énorme pour ne pas pouvoir passer par cette brèche, presqu'aussi large que le bassin. Le calibre du vagin n'a plus aucune importance, puisque je supprime ce canal. Quant à la mobilité de l'utérus, il est certes avantageux qu'elle soit conservée, au moins partiellement ; mais elle n'est pas indispensable. La voie d'accès est suffisamment large et suffisamment directe, pour qu'en cas d'immobilité absolue de l'utérus, une hémostase convenable des ligaments larges soit encore possible.

Mais si l'immobilité complète de l'utérus ne constitue pas, par elle-même, une contre-indication absolue à mon procédé, elle pourra rendre cependant l'opération impossible, lorsqu'elle coexiste avec une situation trop élevée de l'organe. Ce sont là les conditions les plus défavorables qu'on puisse rencontrer, et pour lesquelles le procédé périnéo-vaginal sera aussi insuffisant que tous les autres.

Un avantage capital de mon procédé consiste dans la facilité et la sécurité qu'il donne pour la dissection antérieure de l'utérus. Dans aucun procédé connu, le col de l'organe n'est aussi facilement abordable; il n'est plus ici au fond d'un canal dont il faut l'extraire, mais au milieu d'une vaste plaie, qu'il est facile d'étaler en tous sens.

Je signalerai encore cet avantage de faciliter la découverte du cul-de-sac vésico-utérin : le procédé périnéo-vaginal n'exposerait pas à décoller au loin le péritoine de la vessie, avant de le

reconnaitre, comme il arrive dans le procédé vaginal, puisque le doigt introduit dans la plaie périnéale, peut servir de guide.

Je ne pense pas que l'opération que je propose comporte un pronostic bien grave, et sous ce rapport, je la crois supérieure à l'opération de Kraske, non seulement parce qu'elle respecte le squelette, avantage dont je ne veux pas exagérer l'importance, mais parce qu'elle met mieux le rectum à l'abri, et que la plaie est mieux disposée pour le traitement consécutif, et notamment pour le drainage.

En résumé, l'hystérectomie périnéo-vaginale peut être recommandée chaque fois que l'hystérectomie vaginale ordinaire n'est pas applicable. Elle offre tous les avantages des procédés de Zuckerkandl et de Herzfeld-Hochenegg; en outre elle n'exige pas la rétroversion de l'utérus. Elle convient donc en cas d'étroitesse du vagin, d'utérus adhérent et immobilisé, ou augmenté de volume. Il serait, en particulier, indiqué d'y recourir si, au cours d'une hystérectomie par la voie vaginale, on se trouvait dans l'impossibilité de terminer l'opération. Il vaudrait mieux alors y ajouter la périnéotomie, plutôt que de faire la laparotomie, comme Schroeder Segond, Terrier, ou l'opération de Kraske, comme Gersuny. Son indication serait également absolue, dans le cas de cancer propagé à la paroi vaginale postérieure, aucune autre méthode ne permettant aussi bien la séparation du vagin et du rectum.

CHAPITRE VIII.

Application de la périnéotomie au traitement opératoire des tumeurs intrapelviennes.

§ 1. Suppurations pelviennes chez la femme.

Depuis que Lawson Tait, le premier, s'est attaqué par la laparotomie aux inflammations des annexes utérines, on a reconnu qu'elles ont très-souvent leur point de départ dans les trompes, et que c'est de là qu'elles rayonnent en quelque sorte aux tissus voisins. Le domaine de la paramétrite et celui de la périmétrite ont diminué constamment, à mesure que ces lésions ont été plus souvent soumises au traitement opératoire, et qu'ainsi les constatations anatomiques directes sont devenues plus fréquentes. On en revient donc actuellement à la théorie d'Aran qui, il y a plus de trente ans, avait fort bien reconnu que la pelvipéritonite est subordonnée aux lésions des annexes.

En règle générale, on peut faire deux espèces d'opérations en cas de suppuration du bassin : l'incision de la poche, suivie du drainage, ou la résection de cette poche. Cette dernière n'est praticable que pour les tumeurs salpingitiques non adhérentes. Si, au contraire, la tumeur a contracté avec les parois du bassin, ou avec les viscères pelviens, des adhérences tellement intimes, que la destruction en parait impossible, c'est à la simple incision qu'il faut se résoudre. La tendance actuelle est de regarder l'incision

comme le procédé de nécessité, auquel on se résigne lorsqu'il est impossible de pratiquer l'ablation totale, qui est considérée comme le procédé de choix.

On peut atteindre les collections purulentes du bassin par plusieurs voies. On les a, depuis longtemps, incisées par la peau, lorsque la fluctuation apparaissait sous le tégument. On les a ouvertes assez souvent par le vagin, soit par une simple ponction, (Laroyenne), soit par incision (Mundé). Bien plus, Gaillard Thomas, Byford[1]), Piqué[2]), Bouilly[3]), ont voulu utiliser l'incision vaginale pour l'extirpation du pyosalpynx. Mais l'étroitesse du champ opératoire, le danger d'atteindre l'uretère, la difficulté de l'hémostase, doivent faire rejeter complètement cette méthode, excepté pour une simple incision, dans le cas où la fluctuation serait manifeste dans le cul-de-sac vaginal.

Quant à l'incision par le rectum, proposée par Byford[4]), je n'ai pas besoin de dire pourquoi je condamne absolument cette opération.

De nos jours, le procédé le plus en honneur dans le traitement des suppurations pelviennes, est la laparotomie. Nous vivons à une époque où l'ablation des annexes par l'incision abdominale est devenue une opération courante, pratiquée presqu'aussi fréquemment que le curettage utérin. Les meilleures conditions pour la laparotomie sont réalisées par la salpingite kystique non adhérente : l'opération est alors très-facile et remarquablement bénigne; c'est le triomphe de l'incision abdominale, qui est certes, dans ce cas, la meilleure opération à faire.

Mais on a attaqué également par la voie abdominale, les salpingites purulentes adhérentes, et même les abcès pelviens non enkystés ; l'opération consiste alors à ouvrir la poche et à fixer l'ouverture à la plaie pariétale Lawson Tait, en Angleterre[5]), Fenger[6]), en Amérique et Terrillon[7]) en France, ont obtenu ainsi des succès.

---

1) H. T. Byford. Removal of the uterine Appendages and small ovarian tumours by vaginal section. Amer. Journ, of Obstetrics., april 1888.

2) A. Bonnecaze. Valeur et indications de l'incision vaginale appliquée à l'ablation de certaines petites tumeurs de l'ovaire et de la trompe. Thèse de Paris, 1889.

3) Bouilly. De l'ouverture par la voie vaginale des collections purulentes salpingées et ovariennes. Bull. et mém. de la soc. de chir., t. XVI, p. 500. — Au dernier Congrès français de chirurgie, Routier a préconisé de nouveau la méthode vaginale. (Revue de chir. 1892, p. 438).

4) H. Byford. Amer. Journ. of obstetrics, 1886, p. 425.

5) Lawson Tait. Traité des mal. des ovaires, trad. franç. p. 463, et Edinb. med. Journ., july-august, 1889.

6) Christian Fenger. Soc. obst. de Chicago. Amer. Journ. of Obstetrics, 1886.

7) Terrillon. Ouverture des abcès intrapéritonéaux et profonds du bassin par la laparotomie. Bull. et mém. de la soc. de chirurgie, 1887, p. 367.

Martin [1]) a réséqué une partie de la poche par la laparotomie, et a suturé le reste, après l'avoir drainé par le vagin.

Quand la poche adhère de tous côtés aux organes voisins et au péritoine de la cavité de Douglas, le pronostic de la laparotomie devient grave : le sac peut se déchirer et le pus s'écouler dans la grande cavité péritonéale ; il peut être impossible, aussi bien de marsupialiser la poche, que de l'extirper en totalité : L. Tait, dont l'habileté est proverbiale, s'est trouvé forcé d'y renoncer. Il faut alors abandonner dans le ventre des fragments de la poche, sans compter que pendant les tentatives d'extraction, il peut se produire des déchirures de l'intestin, qui passeront d'abord inaperçues, mais seront suivies d'accidents formidables, quand l'abdomen sera refermé. Un tel désastre est arrivé entr'autres à Pozzi.

C'est la préoccupation de ces dangers qui a déterminé Hegar et Wiedow [2]) à recommander, en cas d'abcès intra péritonéaux profonds, l'ouverture en deux temps : ils n'ouvrent la poche qu'après que des adhérences se sont produites entre elle et la paroi abdominale, à la suite d'un tamponnement du péritoine. C'est encore à la même préoccupation qu'ont obéi Hegar, Bardenheuer [3]), Pozzi [4]), Baumgärtner [5]), quand ils ont proposé d'aborder les collections purulentes du bassin par une opération extrapéritonéale, en décollant la séreuse, au lieu de l'inciser. Mais ce sont là des opérations compliquées et souvent impraticables.

En somme donc, si la laparotomie peut être considérée comme le meilleur mode d'intervention, chaque fois que le kyste peut être emporté, l'ouverture du ventre me parait beaucoup moins avantageuse, lorsqu'il s'agit d'une collection inextirpable, qu'il faut se contenter d'ouvrir et de drainer.

Hegar [6]) et Saxtorph [7]) se sont servis de la résection sacro-coccygienne de Kraske pour ouvrir des abcès pelviens, voire même pour extirper une tumeur salpingienne (Hegar). Cette

---

1) Martin. Pathologie u. Therapie der Frauenkrankheiten, 1887.

2) Wiedow. Ueber Beckenabscesse. Verhandl. d. deutschen Gesellsch. f. Gynäk. III Kongr. 1889. — Leipzig 1890, p. 239.

3) Bardenheuer. Der extraperitoneale Explorativschnitt, Stuttgart, 1887.

4) Pozzi. De la laparotomie sous-péritonéale, Bull. et mém. de la Soc. de chirurgie, 1886, p. 294.

5) Baumgärtner. Die Operation der parametritischen Abscesse. Berliner klin. Wochenschr. 1889, nr 34, s. 751.

6) Wiedow. Op. cit. Berliner klin. Wochenschr. 1888, s. 203.

7) S. Saxtorph. Om Bäkkensuppurationers behandling hed Sakral og parasakral operation. Hospitals Tidende 1890. Centralbl. f. Chir. 1891, nr 51, s 1008.

dernière opération fut très-difficile et, même pour inciser simplement une collection, Hegar eut beaucoup de peine à s'orienter, à cause de l'épaississement et de l'infiltration du tissu cellulaire sous-péritonéal, ainsi que de l'oblitération du cul-de-sac de Douglas. Il en serait ainsi, je pense, dans presque tous les abcès pelviens. Il faut remarquer de plus que, lorsqu'on aborde les tumeurs pelviennes par la région postérieure, on tombe directement sur l'uretère, et que si le tissu cellulaire sous-séreux est infiltré ou épaissi, le conduit urinaire pourrait être englobé dans cet épaississement et échapper à la vue. Je n'admets donc pas l'opinion de Delbet 1) qui serait disposé à recourir à l'opération de Kraske, pour les abcès trop éloignés du vagin pour être ouverts par cette voie, ou trop petits pour être fixés à la paroi abdominale, après laparotomie.

La thérapeutique des suppurations pelviennes s'est enrichie récemment d'une ressource nouvelle, l'hystérectomie vaginale par morcellement, pratiquée d'abord par Péan, qui lui a donné le nom de castration utérine, puis chaudement recommandée par Paul Segond 2).

Lorsque l'utérus a disparu, les collections purulentes au milieu desquelles il était enclavé, sont ouvertes : on a fait ainsi comme un large débridement dans la masse purulente, qui pourra être drainée d'une manière parfaite. Segond et les nombreux chirurgiens qui ont, après lui, pratiqué l'opération, admettent qu'elle doit être réservée aux cas que l'on traitait autrefois par l'ablation bilatérale des annexes, c'est-à-dire les annexites graves avec adhérences solides aux organes voisins, et à ceux où la suppuration a transformé le contenu pelvien en une espèce d'éponge purulente. Je pense que, réservée pour ces indications, l'opération de Péan-Segond a l'avantage incontestable de permettre un drainage en quelque sorte idéal, et qu'à ce point de vue, elle l'emporte sur toutes les opérations connues, si l'on en excepte la périnéotomie.

J'ai dit dans l'historique que Hegar a proposé d'ouvrir par le périnée un abcès paramétritique. Il a employé le même procédé, qui consiste dans une incision traversant le sinus ischio-rectal, depuis la tubérosité ischiatique jusqu'à la pointe du coccyx, pour ouvrir un abcès salpingitique : mais il avoue avoir rencontré des difficultés dans ce dernier cas, par suite de la grande épaisseur des tissus à traverser.

---

1) P. Delbet. Des suppurations pelviennes chez la femme. Paris 1891. p. 414.

2) Société de chirurgie, février 1891.

De son côté, Sänger recommande, pour atteindre les collections purulentes du bassin, son incision périnéale latérale, également citée dans l'historique (p. 7).

J'ai pu me convaincre, en pratiquant l'opération de Sänger sur le cadavre, qu'elle donne certainement assez de jour pour arriver facilement aux annexes du côté correspondant ; elle conviendrait donc pour ouvrir et drainer une collection purulente unilatérale, et j'estime que pour cette indication, d'ailleurs rare, ce serait la meilleure voie à suivre. La laparotomie, l'incision par la voie vaginale, la résection sacro-coccygienne sont toutes beaucoup plus compliquées ou plus dangereuses que la périnéotomie latérale, qui, de plus, aborde l'abcès par sa partie déclive. Mais il serait déjà assez difficile d'enlever par là une trompe kystique, et à plus forte raison, d'attaquer un pyosalpynx double, ou ces lésions invétérées pour lesquelles on réserve aujourd'hui l'hystérectomie vaginale.

Pour moi, la seule opération qui puisse être mise en parallèle avec l'hystérectomie, pour le traitement de ces lésions invétérées, c'est la périnéotomie à lambeau. L'opération préliminaire n'offrirait ici rien de particulier ; mais comme le cul-de-sac de Douglas peut, en quelque sorte, faire corps avec la paroi de la poche ou d'une des poches suppurantes, celle-ci peut se trouver ouverte en même temps que le péritoine ; s'il en est ainsi, on incisera les poches secondaires, de manière à les faire communiquer toutes avec la grande brèche péritonéale. D'autres fois, le cul-de-sac de Douglas sera oblitéré par des adhérences, à travers lesquelles il faudra passer pour arriver à l'abcès : pendant cette manœuvre délicate, il faudrait veiller à rester bien à égale distance du vagin et du rectum. Lorsque le débridement est jugé suffisant, on tamponnerait exactement toute la cavité ; après quelques jours, la cavité pelvienne serait drainée, et la plaie périnéale, suturée.

Cette opération n'a jamais été pratiquée jusqu'ici. La périnéotomie linéaire elle-même a été faite rarement : j'ai dit un mot plus haut des opérations de Hegar et de Sänger. Pozzi se borne à une simple mention. Delbet, à propos d'une certaine forme d'abcès, ouvert spontanément, dit : « Je ne parle pas de la périnéotomie. Ces abcès sont déjà trop loin du vagin ; ils le sont bien plus encore du périnée » 1). O. Zuckerkandl lui-même ne fait aucune allusion aux suppurations pelviennes, en parlant des applications de son procédé. Mais Wiedow 2) mentionne cette application.

1) Delbet. Op. cit. p. 432.

2) Wiedow. Ueber Beckenabscesse, loc. cit. p. 240

Mon intention n'est pas, je le répète, de faire de la périnéotomie un procédé général pour le traitement des suppurations pelviennes ; mais j'estime que, pour les cas graves, invétérés, elle l'emporte sur l'hystérectomie.

Au point de vue de la situation de l'ouverture, les deux méthodes se valent : l'une et l'autre évacuent le pus par un point déclive ; l'une et l'autre permettent de donner au débridement les dimensions nécessaires. Mais l'hystérectomie sacrifie un organe important ; elle commence par priver la femme de son sexe, avant que le diagnostic soit assuré.

La périnéotomie n'encourt pas le même reproche. Sans doute, les lésions pourront être si avancées, si étendues, que l'ouverture par le périnée ne suffise pas à fournir un écoulement convenable aux liquides ; sans doute, dans ces cas, l'ablation de la matrice peut constituer un drainage beaucoup plus parfait. Mais si l'on reconnait ces conditions après la périnéotomie, rien n'empêche d'y ajouter l'hystérectomie, séance tenante ou ultérieurement : l'opération sera même beaucoup plus facile que dans le procédé de Péan-Segond, parce que la voie d'accès à l'utérus sera beaucoup plus large.

Je résumerai ma pensée en disant que le chirurgien, avant de prendre une décision en face d'une suppuration du bassin, doit essayer de déterminer si la collection est enkystée et libre, ou du moins peu adhérente, ou bien, si elle a contracté avec les organes pelviens des adhérences intimes. Ce diagnostic incomplet, et relativement facile, suffit pour le choix de l'opération : dans le premier cas, il faudra faire la laparotomie, dans le second, la périnéotomie. Supposons qu'on se soit décidé pour l'incision périnéale : trois cas peuvent se présenter :

ou bien, on tombera sur une poche inextirpable, mais qu'il sera possible d'évacuer et de drainer : on bornera là l'intervention ;

ou bien, on reconnaitra, après l'incision, que la brèche périnéale est insuffisante : dans ce cas, on fendra le vagin et l'on extirpera l'utérus ;

ou bien, on trouvera une poche modérément adhérente, mais dont l'extirpation parait possible : on la tentera, avec autant de chances de succès que par la laparotomie, qui est fort difficile dans l'espèce. Je dirai même qu'ici, comme dans la dissection de l'espace vésico-utérin, l'énucléation, entreprise par en bas, me parait devoir être moins dangereuse, et exposer moins à la déchirure de l'intestin, que la même opération pratiquée par le ventre.

En somme donc, la périnéotomie constituerait une espèce

d'incision exploratrice, en ce sens qu'on ne prendrait une décision qu'après l'ouverture du bassin, et qu'on n'extirperait l'utérus que lorsque l'examen direct aurait démontré la nécessité de cette mutilation.

A mon sens, la périnéotomie serait encore une ressource précieuse contre les fistules résultant de l'ouverture spontanée d'une collection pelvienne, quel que soit le siège de la perforation. Substituant à l'ouverture primitive, généralement insuffisante et mal située, un débridement large à la partie déclive, elle tarirait le pus et déterminerait l'occlusion de la fistule. Elle serait bien moins dangereuse et plus efficace que les autres opérations qu'on a préconisées contre ces fistules : la taille vésico-vaginale ou hypogastrique, la dilatation de l'anus, suivie du drainage de la cavité, la laparotomie avec extirpation. Les opérations intra-viscérales ne s'adressent qu'à l'orifice du trajet, et quant à la laparotomie, il n'est pas nécessaire d'insister sur les dangers de cette audacieuse intervention. La périnéotomie seule s'attaquerait au foyer purulent lui-même et n'offrirait aucun danger spécial

§ 2. Hématocèles pelviennes.

Quoique l'antisepsie ait considérablement amélioré le pronostic du traitement opératoire, dans l'hématocèle pelvienne, l'expectation est restée la règle, et aujourd'hui encore, l'intervention est réservée aux cas graves ou compliqués. Il n'est pas démontré en effet que l'incision, le curage et le drainage abrègent toujours la maladie (Schroeder).

Des diverses opérations qui ont été dirigées contre l'hématocèle, la plus ancienne, la ponction par le vagin, a conservé encore des partisans. Elle doit cependant être rejetée, l'étroitesse de l'ouverture ne permettant pas l'évacuation facile des caillots. L'incision du cul-de-sac vaginal ne suffit même pas toujours pour cette évacuation, sans compter le danger de blesser l'uretère ou le rectum, et la difficulté de l'hémostase, si l'on blesse un vaisseau important.

La laparotomie sous-péritonéale de Pozzi [1]) peut être impraticable, si le péritoine est adhérent et épaissi et, en tous cas, elle n'ouvre pas la collection à sa partie déclive, puisque Pozzi lui-même y ajoute le drainage par le vagin.

Les recherches modernes sur la pathogénie des hématocèles pelviennes, ayant démontré que ces collections sanguines reconnaissent le plus souvent pour cause une lésion des trompes, ne sont

1) Pozzi. Op. cit. p. 308.

que des salpingorrhagies, et que les plus volumineuses sont déterminées par la rupture précoce d'une grossesse tubaire, par un véritable avortement intra-péritonéal 1), il était logique de chercher à extirper les annexes malades, par la laparotomie. Cette opération a été inaugurée en 1881 par L. Tait, et pratiquée depuis par plusieurs autres chirurgiens.

Mais, dans quelques cas, l'extirpation totale de la poche étant reconnue impossible, on essaya de la fixer à la paroi abdominale et de la drainer. C'est là une mauvaise opération, parceque, outre sa gravité, elle donne une ouverture mal située.

J'estime que la laparotomie n'est justifiée que lorsqu'on se propose d'extirper les annexes ; malheureusement, la certitude qu'il s'agit d'une lésion extirpable sera bien difficile à acquérir, et d'autre part, la salpingectomie abdominale oblige à ouvrir le dôme d'adhérences qui isole la poche de la cavité du péritoine. Or, j'estime que la périnéotomie pourrait éviter ce double inconvénient, tout en offrant les mêmes avantages que la laparotomie.

Supposons l'opération faite par le procédé ordinaire, et le cul-de-sac de Douglas largement incisé. La main introduite dans la poche, la viderait prudemment des caillots qui la remplissent, en prenant garde de ne pas perforer la voûte de la tumeur ; puis, la cavité bien nettoyée, serait tamponnée, ainsi que la plaie périnéale, pendant quelques jours.

Je pense que cette opération serait beaucoup plus bénigne qu'une laparotomie, parcequ'elle laisse intacte la voûte de la cavité. Mais permettrait-elle d'extirper, le cas échéant, les annexes déchirées, pourrait elle être aussi radicale que la laparotomie ? Oui, sans doute. Les annexes n'ayant jamais dans l'espèce qu'un petit volume, la large brêche périnéale permettrait d'en reconnaitre les lésions et d'en faire, au besoin, l'ablation. Je dirai même que pour extirper la trompe, l'incision périnéale me parait supérieure à la laparotomie, parcequ'elle n'exige pas un diagnostic préalable, ordinairement impossible à poser : qu'il faille faire une extirpation, ou un simple débridement, c'est toujours la même opération préliminaire ; il est encore temps de prendre une décision quand la poche est ouverte.

---

1) L. Tait. Edinb. med. Journal, July 1889, p. 103.

§ 3 Tumeurs pelviennes proprement dites.

Il ne sera question ici que des tumeurs d'un volume médiocre, les seules qui puissent passer par une incision périnéale. Dès qu'elles dépassent notablement le volume du poing, elles ne sont plus justiciables de la périnéotomie.

Au point de vue opératoire, il faut distinguer les tumeurs du bassin en intrapéritonéales et extrapéritonéales, d'après qu'elles se sont développées dans la grande cavité séreuse, ou dans l'épaisseur même du plancher pelvien. Au premier groupe appartiennent les salpingites kystiques, dont j'ai déjà parlé, les petits kystes de l'ovaire et du parovarium, les myomes sous-séreux nés de la face postérieure de l'utérus. Dans la seconde catégorie, nous avons à envisager les myomes du col utérin, des kystes dermoïdes, à échinocoques ou autres, etc.

Ce que j'ai dit de l'extirpation, par la voie périnéale, des tumeurs des annexes, me permettra de passer rapidement sur l'application de la périnéotomie à l'extirpation de l'ovaire sain (opération de Battey), ou des fibromes sous-séreux. Je dirai seulement que je ne conseillerais d'enlever ces tumeurs par le périnée, que si elles étaient prolabées dans le Douglas. En d'autres termes, la périnéotomie ne convient qu'aux tumeurs rétro-utérines, pour lesquelles la laparotomie est très-difficile. C'est pour les cas de cette nature que Hegar a recommandé l'opération de Kraske [1]), qui a été également utilisée par Hochenegg [2]), mais a donné lieu entre ses mains à un double accident : déchirure de l'S iliaque pendant l'opération, et gangrène d'un segment intestinal, dont le péritoine avait été trop largement décollé. Kraske a pu se contenter de réséquer le coccyx, pour extraire un fibrome sous-séreux occupant la cavité de Douglas [3]).

Sans rejeter de parti-pris la méthode sacrée pour les tumeurs rétro-utérines, je crois que le danger de rencontrer sur son chemin l'uretère, et sutout la difficulté de reconnaitre le cul-de-sac péritonéal, doivent faire préférer la périnéotomie.

Quant aux tumeurs de la seconde catégorie, celles qui occupent

---

1) Hochenegg. Loc. cit., p. 120.

2) Wiedow. Berliner klin. Wochenschr. 1889, s. 203.

3) Goldmann. Zur Frage nach der Verwendbarkeit, u. s. w., loc. cit. p. 469.

le tissu cellulaire pelvien, et ont refoulé les organes voisins sans s'élever notablement dans la cavité du bassin, la périnéotomie seule permet de les enlever, la laparotomie étant impraticable, et l'opération de Kraske étant encore moins facile que pour les tumeurs intrapelviennes. Herzfeld[1]), Dittel[2]), Felsenreich[3]), Frommel[4]) et Sänger[5]), ont reconnu de bonne heure l'utilité de la périnéotomie pour les tumeurs du plancher pelvien. Aussi bien cette indication est si nette que le choix du procédé peut seul prêter à discussion.

Sänger estime que la périnéotomie latérale conviendra mieux, dans la généralité des cas, à l'ablation des tumeurs pelviennes, que la périnéotomie à lambeau, parceque la plupart de ces tumeurs n'occupent qu'une moitié du bassin, et qu'on pourra ainsi se dispenser de couper les deux releveurs. J'ai montré plus haut que la crainte qu'inspire la section bilatérale du releveur est exagérée, et j'estime qu'il faut renverser la proposition de Sänger et dire que la périnéotomie à lambeau sera nécessaire dans la plupart des cas, même quand la tumeur siège latéralement : car le point capital est de se donner du jour. Ces tumeurs, développées entres les organes du bassin, ont nécessairement des rapports très-intimes avec ces organes, qui sont en quelque sorte collés sur elles. La dissection de ces néoplasmes est donc chose délicate, et sera d'autant plus facile et d'autant moins dangereuse, que la plaie sera plus large et permettra plus d'écartement. Jè n'ai plus besoin de démontrer qu'à ce point de vue, l'incision de Sänger est très-inférieure à la périnéotomie à lambeau. D'ailleurs, le cas de Sänger prouve lui-même que la périnéotomie linéaire est insuffisante dans l'espèce, puisque la dissection du kyste ne devint facile qu'après qu'il fût rompu.

Au surplus, dans toute une catégorie de tumeurs pelviennes, le néoplasme occupe la ligne médiane, et envahit plus ou moins loin les parties latérales : je veux parler des fibromes du col, que Pozzi a appelés corps fibreux pelviens[6]), précisement parceque, nés de la face postérieure du col, ils sont en quelque sorte emprisonnés dans le plancher périnéal, et donnent lieu de bonne heure à des phénomènes de compression redoutables. Il

---

1) Herzfeld. Wiener klin. Wochenschr. 1889, nr 12, s. 243.

2) Dittel. Ibid. s. 243.

3) Felsenreich. Op. cit. Wiener med. Presse. 1889, s. 1290.

4) Frommel. III Kongr. d. deutsch. Gesellsch. f. Gyn. Verhandl. s. 287.

5) Sänger. Ueber Dermoidcysten u. s. w. loc. cit. s. 291.

6) Pozzi De la valeur de l'hystérectomie dans le traitement des corps fibreux de l'utérus. Thèse d'agrég. Paris 1875.

est clair qu'ici une incision simple ne pourra mener au but, et que la périnéotomie à lambeau s'impose ; elle sera d'une exécution d'autant plus simple que ces tumeurs dédoublent déjà plus ou moins d'elles-mêmes, le septum recto-vaginal.

La périnéotomie constituerait certainement une opération plus facile et moins dangereuse que l'incison vaginale, par laquelle on a quelquefois extirpé des corps fibreux pelviens (Czerny, Olshausen, Lefort, etc.). Je ne dis rien de la laparotomie, qui me parait être dans ces cas une audace non justifiée.

Il va sans dire que rien ne s'oppose à ce qu'on fasse, au besoin, le morcellement de la tumeur : la plaie périnéale sera même plus avantageuse, pour cette manœuvre, que l'incison vaginale, à laquelle il n'est pas possible de donner les dimensions nécesaires.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE V

CHAPITRE VI

CHAPITRE VII

CHAPITRE VIII

EXPLICATION DES PLANCHES

Planche i. — Périnéotomie à lambeau chez l'homme. — Le lambeau, comprenant le rectum, est abaissé. La lèvre supérieure de la plaie est relevée pour mettre mieux à découvert la prostate. (celle-ci, les canaux déférents et les vésicules séminales, ont été peints en blanc). La vessie contient une certaine quantité de liquide, et bombe dans la plaie périnéale. Le sujet est disposé pour l'ouverture de la vessie.

Planche ii. — Périnéotomie à lambeau chez l'homme. — Lambeau rectal abaissé. La prostate est énergiquement rétractée en haut, et se cache sous le bord supérieur de la plaie. Vessie ouverte par une incision verticale médiane, maintenue béante par quatre fils. Les bords de la plaie vésicale sont au niveau de la peau. Un stylet est enfoncé dans l'uretère droit.

Planche iii. — Périnéotomie à lambeau chez la femme. — La dissection est poussée jusqu'au cul-de sac péritonéal, qui est peint en blanc. Au-dessus, la paroi vaginale, convexe vers le vagin ; au-dessous, le rectum retiré en bas. — Sujet disposé pour l'ouverture du péritoine.

Planche iv. — Hystérectomie périnéo-vaginale. — Après périnéotomie à lambeau, et ouverture du cul-de-sac de Douglas, le vagin a été fendu en arrière, jusqu'au col, et étalé. Le col est retiré à gauche et l'artère utérine droite est isolée au moment où elle décrit sa courbe, et est prise sur la pince. Cette figure permet de se rendre compte de la facilité que donne le procédé périnéo-vaginal, pour la dissection de l'espace vésico-utérin. — Le revêtement péritonéal du rectum est reconnaissable.

ERRATA.

Page	5,	ligne	29,	lire : soit isolé	au lieu de :	est isolé
—	18,	»	30,	» atteint	»	atteind.
—	33,	»	39,	» ait dépassé	»	a dépassé.
—	34,	»	1,	» ait envahi	»	a envahi.
—	39,	»	24,	» hémostase	»	hémortase.
—	58,	»	8.	» rétréci dans	»	rétréci dant
—	62,	»	5,	» d'atteindre	»	atteindre.
—	70,	»	1,	» oblige	»	obligent.
—	70,	»	2,	» rend	»	rendent.
—	71,	»	30,	» uretérale	»	uréthrale.
—	76,	»	27,	» imaginés	»	imaginé
—	89,	»	9,	» plongeait	»	plonglait.
—	107,	»	2 de la 2e note,	lire : périnéale	au lieu de :	vaginale.

Pl. I.



Aufgen. von Dr. Ch. Willems

Pl. II.



Aufgen. von Dr. Ch. Willems.

Lichtdruck von Kühl & Co., Frankfurt a. M.

Pl. III.



Pl. IV.

